



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep,
0030 Oslo

Vår referanse: DocNr
Arkivkode: Value
Saksbehandler: Saksbehandler
Deres referanse: Avsenders ref
Dato: 03.10.2022

Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

KS viser til brev datert 3. august 2022 med invitasjon til å gi skriftlig innspill til ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vi takker for denne muligheten og for utsatt frist for levering til 3. oktober 2022.

Det er helt avgjørende at samarbeid mellom kommuner og sykehus blir et sentralt tema i ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan. For å lykkes med felles planlegging og utvikling av tjenestene er det nødvendig at partnerne har et omforent utfordringsbilde. Både sykehus og kommuner arbeider med å identifisere de pasientgruppene som bruker mest ressurser for å kunne optimalisere helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp. Det er ikke nødvendigvis de samme pasientgruppene det handler om i sykehus og i kommunene. Sammenstilling av styringsdata er en forutsetning for å kunne planlegge og samarbeide om fremtidens helse- og omsorgstjeneste.

Fra 65 års alder har 2/3 av innbyggerne to eller flere kroniske sykdommer. De fleste med multisykdom er likevel under 65 år. Om lag 2/3 av helsebudsjettet går med til innbyggere med multisykdom. Innbyggere med multisykdom utgjør:

- 52% av konsultasjonene hos fastlegen
- over 90% av mottagerne av hjemmesykepleie
- 60% av pasientene som innlegges i sykehus

Personer med multisykdom og skrøpelige eldre er som regel utelukket fra forskning om retningslinjer. Derimot er det mange diagnosebaserte faglige retningslinjer. Det er en utfordring at disse totalt gir en økt behandlingsbyrde for den enkelte pasient som har mange diagnoser.

Samhandling

En særlig utfordring i helsefelleskapene er å lykkes med konsensusbeslutninger. Det blir spesielt viktig at partnerne har forståelse for ulikheter i måten man styrer på, og tilpasser beslutningsprosessene deretter. En form for et representativt system er eneste løsning. Alle kommuner i opptaksområdet, og alle avdelinger/deler av helseforetaket kan ikke delta ved det samme bordet.

Felles planlegging betyr ikke at kommuner og sykehus skal ha felles planer for all tjenesteutvikling. Men det handler om å involvere hverandre i planer som har betydning for den andre partneren, som for eksempel planlegging av den akuttmedisinske tjenesten.

Både kommuner og helseforetak har behov for bedre styringsdata, analyser og framskrivingsverktøy, og felles planlegging bør basere seg på framskrivinger og analyser som ser den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten i sammenheng. Det er også behov for styringsinformasjon som går på tvers av forvaltningsnivå. Etableringen av kommunalt pasientregister (KPR) legger til rette for å lage styringsinformasjon om forløp på tvers av kommuner og sykehus.

SINTEF la frem rapporten *Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner*¹ hvor det dokumenteres at kommuner og sykehus er enige om at kommunene har fått nye og mer krevende oppgaver. Kommunene ønsker og kan ta flere oppgaver hvis tilgang på kompetanse og ressurser blir bedre. Det fremkommer også i rapporten at planleggingen av pasientforløpene er for svak. Pasienter overføres uten at kommunene får tid nok til å forberede seg på å ta imot pasientene.

Møreforskning la også frem en rapport, *Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter*², der de hadde kartlagt utskrivning av pasienter fra sykehus og hvilke vurderinger som ble vektlagt ved utskrivning. I rapporten dokumenterte de at det er tre områder hvor sykehusenes praksis kan ha betydning for kommunenes ressursbruk og autonomi. For det første at sykehusene skaper forventninger hos utskrivningsklare pasienter, eksempelvis om institusjonsplass i kommunen. For det andre at sykehusene skaper forventningspress overfor kommunene om bestemte behandlingstilbud, og for det tredje fører dette til en administrativ merbelastning for kommunene.

Forskriften for utskrivningsklare pasienter skaper en ubalanse mellom partnerne der den ene kan fakturere den andre, men ikke motsatt. Det er behov for finansieringsmodeller som stimulerer til samhandling. KS er glad for at arbeidet med utvikling av aktuelle finansieringsmodeller er påbegynt, og at KS er invitert til å bidra i dette arbeidet.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det er en kjensgjerning at risikoen for uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten fortsatt er en utfordring. Uønskede hendelser skaper lidelse, fortvilelse og store utgifter. Pasientsikkerhet må være en naturlig del av daglig pasientarbeid. Samtidig er målet gode helse- og omsorgstjenester, ikke bare å unngå skade. Systematisk kvalitetsforbedring handler ikke minst om gode pasientforløp. Den største risikoen ligger i overgangene mellom behandlere og tjenester. Helsefelleskapenes arbeid med de fire prioriterte pasientgruppene må vektlegge kontinuerlig systematisk kvalitetsforbedringsarbeid med verktøy og metoder for kontinuerlig oppfølging.

Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp

I Norge er hjemmesykehus hyppigst blitt forbundet med å yte spesialisthelsetjenester med avansert medisinsk utstyr hjemme eller i kommunen til utvalgte pasienter med et langvarig behov. Det mest utbredte konseptet internasjonalt, er å etablere hjemmesykehus ved akutt sykdom/forverrelse hos skrøpelige eldre og innbyggere med flere kroniske sykdommer. Eksempel på dette er Hospital at home³. Modellen fokuserer på håndtering av akutte behov og sykehusinnleggelse blant pasienter med kronisk sykdom, særlig pasienter som er godt kjent fra før. Når pasienten ankommer akuttmottaket, eller aller helst før pasienten blir hentet, blir det vurdert om pasienten kan behandles hjemme ved at et team fra sykehuset blir med hjem.

Digitalisering

Det er bred enighet i kommunesektoren om at digitalisering og smart bruk av teknologi er sentrale virkemidler for å heve pasientsikkerheten, sikre bedre samhandling, øke kapasiteten og videreutvikle helse- og omsorgstjenesten. Behovet er stort, løsningene er etterlengtet og det signaliseres fra sektoren at det er en utfordring at innføringen av de planlagte digitale løsningene på dette området ikke skjer raskere. Digitalisering og innføring av e-helseløsninger er en forutsetning for å kunne møte utfordringene i helsetjenestene og kommunal sektor. KS tar utgangspunkt i at helsesektoren skal levere

¹ SINTEF rapport Samhandling mellom kommuner og sykehus, 2020

² Møreforskning Molde og Høgskolen i Molde, Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter, rapport nr. 2005, 2020

³ "**Hospital at home**" har sin opprinnelse fra Johns Hopkins University i [1995](#).

sammenhengende tjenester med brukeren i sentrum, noe som innebærer at kommuner, fylkeskommuner og statlige virksomheter samarbeider på tvers av forvaltningsnivå og sektorer. Helhetlige tjenester og digitalisering innebærer digital samhandling hvor helhetlig tenkning og arkitekturprinsipper er viktig; juridiske, organisatoriske, semantiske og tekniske vurderinger må gjøres.

Fravær av samhandling og deling av data mellom ulike deler av kommunal helsetjeneste og mellom kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten kan utfordre kontinuitet og føre til at helsepersonell har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp. Helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester står ofte alene i vurderinger og ofte behandler ulike grupper av helsepersonell de samme pasientene og brukerne, noe som skaper et behov for riktig informasjon på riktig sted til riktig tid. Tilgjengeliggjøring og deling av data som en forutsetning for sammenhengende tjenester er svært viktig. Dagens situasjon med mange distribuerte kilder og systemer og følgelig mangel på informasjonsflyt mellom virksomheter utgjør en fare for liv og helse. Dette rammer pasientene og pasientbehandlingen, spesielt på legemiddelområdet med risiko for feil legemiddelbruk.

I dag brukes det mye tid på å lete etter og sammenstille behov. Dette er «ødslet» tid som i det digitale samfunnet oppleves som unødvendig. Gitt personellutfordringene – særlig på leger og sykepleiere, men også andre grupper helsepersonell - som allerede i dag utfordrer bærekraften i de kommunale helse- og omsorgstjeneste, er det helt grunnleggende at vi får på plass samhandlingsløsninger som tilrettelegger for deling av informasjonen helsearbeidere trenger for å løse oppgavene sine. Det gjelder både mellom tjenesteområdene i kommunene, og mellom primær og spesialisthelsetjeneste. Og løsningene må tilpasses behovene til *alle* profesjonsgrupper og bredden av tjenesteområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, ikke bare leger i den behandlingsrettede delen av tjenesten.

En viktig forutsetning for å lykkes med digital samhandling er at det eksisterer en gjensidig tillit og tilhørende tillitsmodell mellom virksomheter med utgangspunkt i den enkelte virksomhets dataansvar og ansvar for å yte forsvarlige helsetjenester. Utfordringen med å bygge tillitt mellom innbygger, virksomhet og ansatte må erkjennes og tas med inn i arbeidet for velfungerende samhandling i helsesektoren. Tilliten må gjelde *alle* profesjonsgrupper med tjenstelig behov for tilgang, ikke bare «fra leger til leger». Uten effektive tillitsmodeller, vil det i praksis ikke være mulig å etablere velfungerende samhandling og en sammenhengende helsetjeneste som ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet på en effektiv måte.

Med mange pågående nasjonale og lokale e-helsetiltak, er det viktig å prioritere områdene som skaper mest verdi for innbyggere, helsepersonell og kommunen. Dersom kommunal sektor ser nytten av de ulike løsningene tas de erfaringsmessig raskere i bruk. Dette forutsetter at tjenestene er tilpasset de ulike tjenesteområdenes og helseprofesjonenes egenart. Kostnader og ressursbruk må resultere i gevinster for sluttbrukeren og for helsetjenestene, og anerkjennes til ytterste ledd i kjeden.

Det er helt avgjørende at kommunene settes i stand til å bære kostnader både for innføring av løsninger for å kunne ta de i bruk og for finansiering av nasjonal infrastruktur for e-helse. KS og kommunene er opptatt av at prismodeller for e-helseløsninger utvikles i retning av en sterkere sammenheng mellom reell bruk og nytte og det bør tydeliggjøres hvordan kostnader og gevinster skal dokumenteres og fordeles mellom de respektive aktørene. Helt avgjørende er det også at løsningene og tilhørende tillitsmodeller tilrettelegger for reell bruk, ikke bare teknisk tilgjengeliggjøring.

Det er også viktig å anerkjenne at det er begrenset kapasitet og ressurser i kommunene til å ta i bruk digitale løsninger. Det er nødvendig med et kompetanseløft for digitalisering i norske kommuner, i tråd med Hurdalsplattformen, som skriver at etablering av en helseteknologiordning som støtter innføring av ny teknologi i helsetjenesten. En videreføring av Nasjonalt velferdsteknologi-program vil legge til rette for dette.

Arbeidsflaten i pasientjournalssystemene er et viktig arbeidsverktøy for helsepersonell, men støtter i liten grad arbeidsprosesser og pasientflyt. Innføring av ny teknologi fører også til at helsepersonell får flere arbeidsverktøy og arbeidsflater. . For at kommunen skal kunne tilby og yte forsvarlige helsetjenester er det behov for tilgang på felles og sammenstilte kilder tilgjengeliggjort i én arbeidsflate. Dette vil kunne

reduere muligheten for feil i helseinformasjon, bidra til å øke pasientsikkerheten og ikke minst effektivisere arbeidsprosesser.

Det er veldokumentert og uomtvistet at pasientjournalløsningene for kommunal helse- og omsorgstjeneste i dag ikke understøtter tjenestene på effektivt vis. Det er behov for et journalløft.

Helseplattformen er allerede en etablert og viktig satsing fra Regjeringens side med ambisjon om å understøtte dette for kommunene i Midt-Norge, og Trondheim kommune har allerede tatt løsningen i bruk. For kommunene utenfor Midt-Norge arbeides det med annen innretning – gjennom konkretisering av mål og tiltak for et stegvis utviklet journalløft. Felles kommunal journal (FKJ) er et samarbeidsprosjekt mellom kommuner, KS og nasjonale myndigheter og et av flere tiltak for å realisere målene i Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal* gjennom et journalløft for kommunene utenfor Midt-Norge. Forslag til styringsdokument for en gjennomføringsfase vil foreligge i november 2022. Konseptet skal tilrettelegge for at informasjon blir delt mellom de ulike systemene i en kommune via en felles plattform som på en sikker og trygg måte skal gi helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til relevante helseopplysninger om innbygger når de trenger det. Plattformen tilrettelegges gjennom nasjonale tjenester for kommunene fra Norsk Helsenett. I tillegg skal det utvikles en markeds plass som tilrettelegger for samarbeid mellom kommuner og leverandører om utvikling og anskaffelser. KS mener en felles tilnærming til digital samhandling på e-helseområdet vil kunne styrke muligheten til å realisere gevinster i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved innføring av nye løsninger.

Erfaring viser at lovverket og juridiske tolkninger ofte blir en barriere for digital samhandling. Det brukes mange ressurser og mye tid på å forstå og å være i henhold til lovverket. Ny organisering av tjenestene medfører og/eller krever ofte at oppgaver og ansvar legges til andre aktører/virksomheter uten at det er gjenspeilet i gjeldende lovverk. Det er viktig at ny nasjonal helse- og samhandlingsplan adresserer dette spesielt.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Kommunal sektor og stat må ha et godt og likeverdig samarbeid på området for e-helse, der nasjonale plattformer og tjenester må sees i sammenheng med digitale løsninger i kommunen. Digital samhandling krever nasjonale løsninger som fortsatt ivaretar spesialisthelsetjenesten, men som i større grad ivaretar behovene i kommunene, gjennom:

- Ivaretagelse av den reelle medbestemmelsen og -innflytelsen fra kommunal sektor gjennom samstyring med staten på digitaliseringsområdet.
- Å inkludere og støtte [kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet](#) i nasjonale strategier og planer og som et førende dokument for utvikling av kommunale e-helsetjenester. Behovet for å støtte utvikling av fellesløsninger og journalløft for kommunene er høyt prioritert.
- Å sørge for at regjeringens varslede helseteknologiordning bidrar til å løfte alle kommuner, ikke bare noen få, og at den bidrar til utvikling av nasjonale tjenester for samhandling mellom ulike tjenester i kommunene, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Å ivareta kommunenes behov og gi kommunene tid til å gå gjennom den modningsprosessen som kreves for å få på plass rett kompetanse og ressurser til å gjennomføre de nødvendige tiltak.
- Å sørge for at det etableres en bærekraftig finansieringsmodell og at det utarbeides prinsipper for finansiering av utvikling, innføring, drift og forvaltning av løsningene som er rettferdig og basert på faktisk bruk.
- Det er viktig at kommunene får ressurser nok til å kunne gjennomføre innføring av de ulike stegene i et felles journalløft – både Helseplattformen og Felles kommunal journal .
- Å hensynta KS og kommunene sitt arbeid med innføringsstrategi på legemiddelområdet, der KS i samarbeid med medlemmene jobber for at så mange kommuner som mulig tar i bruk kjernejournal i løpet av 2022/2023 som et fundament for etter hvert implementering av pasientens legemiddelliste (PLL). KS ønsker å jobbe for at sentral forskrivningsmodul (SFM) og PLL slutføres ved at det legges til rette for gode endringsprosesser der løsningene blir godt integrert i tjenestene.

- Å tilrettelegge for enkle og intuitive arbeidsflater som har støtte i ulike arbeidsprosesser, der prosessene er automatiserte dersom hensiktsmessig. Arbeidsflatene må tilpasses til å vise informasjon fra nasjonale e-helseløsninger og gi helsepersonell mulighet for individuelle tilpasninger i sin arbeidsflate. Ved flere journalsystemer og systemer for administrasjon og oppfølging av teknologiske løsninger, må helsepersonell ha tilgang på sømløse arbeidsflater. Mulighet for å bevege seg mellom ulike løsninger uten ny pålogging, og pasient- eller brukerkonteksten beholdes. Arbeidsflaten må være tilpasset ulike plattformer som gir mulighet for å velge mellom stasjonære eller mobile løsninger.
- *Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)* er en løsning initiert av kommuner for dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og journal. VKP er en etterspurt tjeneste i kommunal sektor og KS, med støtte fra kommunene, mener VKP må etableres som en nasjonal tjeneste i regi av NHN med den forutsetning at løsningen inngår som tjeneste i lov- og forskrift med betaling som gjenspeiler bruk. VKP bør utvikles videre for å sikre samhandling om oppfølging av innbyggere med digital hjemmeoppfølging i samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. KS, kommuner og Felles kommunal journal interim AS har pekt på at dersom VKP tilbys alle kommuner, kan det sees på som første steg i et journalløft for kommunene.

Personell og kompetanse

Kompetanse

I 2021 ble det utført 404 000 avtalte årsverk i kommunene og fylkeskommunene (inkludert merarbeid utover de avtale årsverkene, blir tallet 417 000 årsverk). Dersom morgendagens kommunale og fylkeskommunale oppgaver skal løses på samme måte som i dag, må antall årsverk den neste tiårs perioden øke med om lag 46.600 årsverk fra 2021 nivået⁴. Det meste av det økte årsverksbehovet vil komme i helse- og omsorgssektoren.

Ifølge kommunesektorens arbeidsgivermonitor gjelder dette særlig sykepleiere og leger. For fylkeskommunenes del er det rekruttering av tannleger som peker seg ut som den største utfordringen. Beregningene av fremtidige årsverksbehov er heftet med stor usikkerhet. Beregningene tar i liten grad hensyn til at morgendagens oppgaver ikke nødvendigvis skal løses på samme måte som i dag. Digitalisering, innovasjon, oppgaveløsning i samarbeid med andre, og mindre deltidsarbeid, vil påvirke behovet for rekruttering og arbeidskraft.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Legge til rette for at flere kan jobbe mer, gjennom blant annet:

- Å tilrettelegge for mer heltid og redusere deltidsarbeid. Det er få raske løsninger på deltidsutfordringen. Å få flere til å ønske å jobbe heltid handler om kulturendring, og kulturendringer tar tid.
- Arbeidstidsbestemmelser som støtter opp om arbeidet med heltidskultur.
- Å redusere sykefraværet og redusert frafall og tidlig pensjonering.

Organisere arbeidstiden bedre (herunder økt fleksibilitet i arbeidstidsbestemmelsene/AML)

- Arbeidstidsbestemmelser som er tilpasset samfunnsendringene, arbeidskraftsbehovet og endringer i befolkningens behov for tjenester.
- Arbeidstidsbestemmelser som støtter opp under en attraktiv arbeidsgiverpolitikk og behovet for innovasjon i tjenestene.

Organisere arbeidet på nye/ andre måter for å få tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i tjenestene.

- Optimalisere oppgavedelingen (rett kompetanse til rett oppgave). Vi kan se for oss et samarbeid om personell (ansettelse på begge nivåer) og bedre oppgavedeling mellom faggrupper.

⁴ KS (2019). *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019*.

- Jobbe og organisere arbeidet på nye måter, med mer bruk av teamorganisering rundt pasienten/brukeren, med tettere kompetansesamarbeid på tvers av fag, tjenestested og tjenestenivå (mer samtidige/ felles helsetjenester, se attraktive arbeidsgivere: s.79).
- Arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven må vurderes i denne konteksten. Som grunnleggende premisser ligger at organisering av arbeidstid må vurderes ut ifra en forsvarlig arbeidsgiverpolitikk.

Bedre samarbeidet og samhandlingen mellom ulike nivåer, og på tvers av fag i helse- og omsorgstjenestene:

- Samhandling fungerer best når den bygger på tillit, åpenhet og likeverd mellom personene.
- Interkommunale og interfylkeskommunale samarbeid kan gi bedre ressursutnyttelse gjennom stordriftsfordeler, bedre tilgang til rett kompetanse og økt kvalitet på tjenestene. Men dette vil også innebære at kommunene vil måtte gi fra seg en viss grad av styring og kontroll, og at man i mindre grad klarer å ivareta demokratiske hensyn⁵. Ulike typer samarbeid må tilpasses brukeren og lokale behov.

Legge til rette for kunnskaps- og kompetanseheving som stimulerer til bedre samhandling, arbeidsrelevans/ praksis og kunnskapsgrunnlag:

- Legge til rette for livslang læring, med lett tilgjengelig kunnskap når det er behov. Mer bruk av e-læring, simulering, modulbaserte og fleksible løsninger.
- Legge til rette for mer desentraliserte studietilbud.
- Oppfordre til og tilrettelegge for praksisplasser i kommunene, både under studiet, men også etter endt utdanning. (se ny FOU. Samarbeidsavtale med HOD/KD om praksis i kommunene; <https://www.ks.no/pressemeldinger/regjeringen-og-ks-vil-sikre-flere-praksisplasser-for-helse-og-sosialfagsstudenter/>).
- Legge til rette for at de som har tatt utdanningen i utlandet kan gjennomføre lisensperioder i kommunen.
- Inkludere utvikling og bruk av velferdsteknologi i alle utdanningsløp innen helse- og omsorg.
- Kunnskaps- og kompetansesentre som retter seg mot kommunene må gjøre seg godt kjent for kommunale helse- og omsorgstjenester, etterspørre deres behov, og være en pådriver for læring og utvikling i samarbeid med tjenestene og innbyggerne. Hvordan følges anbefalingene fra Fremtidens kunnskaps- og kompetansesentre. En tjeneste for tjenestene. Sluttrapport og anbefalinger fra kompetanse- og kvalitetsutvalget fra 2016 opp?
- Hvordan kan kommunale Frisklivssentraler og Lærings- og mestringssentrene i kommune og helseforetakene samarbeide og ses i en større sammenheng i arbeidet med å øke befolkningens kunnskap og forståelse av egen og pårørendes helse
- Sikre tilstrekkelig vurderingskompetanse på alle nivå slik at pasienten får tilbud om rett kompetanse og behandling til rett tid og sted.
- Stimulere til mer forskning i kommunene.

Ledelse

Med utfordringer innenfor bemanning, organisering og ressursutnyttelse vil satsning på god ledelse være avgjørende. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten som gjennomføres ved Handelshøyskolen BI viser særdeles god evaluering. Ledere blir tryggere i lederrollen og tenker nytt om tjenesteutvikling. Utdanningen er et viktig grep og bør fortsatt styrkes fremover for å mobilisere ledere ved å gi faglig påfyll og trening på ferdigheter, slik at de håndterer utfordringene, mestrer rollen som leder og blir i jobben.

Kompleksiteten i samfunnet har blitt større, og det er behov for å tenke helhet og sammenheng i utvikling av tjenester og benytte mulighetsrommet innen helsesektoren på tvers av spesialist- og

⁵ [Interkommunalt samarbeid - regjeringen.no](https://www.ks.no/pressemeldinger/regjeringen-og-ks-vil-sikre-flere-praksisplasser-for-helse-og-sosialfagsstudenter/)

kommunehelsetjenesten. Det er behov for å legge til rette for nye arbeidsformer, bruke teknologi og medvirke til god ressursutnyttelse, der finansieringsordninger understøtter et helhetlig tjenestetilbud.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Nasjonal lederutdanning bør styrkes og bygges ut med flere moduler, gjerne en utprøving for førstelinje ledere fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Helhet og sammenheng i tjenestene er særlig viktig for pasienter med store og sammensatte behov, og som trenger tjenester fra både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten.

Det vil være viktig å videreutvikle ferdigheter i strategisk ledelse på tvers av tjenestenivåer og profesjoner for å styrke samfunnsoppdraget. Fremtidens ressursituasjon vil kreve et tettere og mer smidig samarbeid for bedre utnyttelse av ressursene. Topplederprogrammet for ledere på strategisk nivå i kommuner og spesialisthelsetjeneste som startet opp i 2020 og gjennomføres ved Handelshøyskolen BI, er et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og KS. Programmet viser gode tilbakemeldinger. Tredje kull startet opp i september 2022. Programmet er knyttet til den praktiske lederhverdagen gjennom refleksjon, ferdighetstrening og arbeid med reelle case på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Flere av prosjektoppgavene som deltakerne har jobbet sammen om har blitt nye og varige løsninger i helsetjenesten.

Forskning og innovasjon

For å møte komplekse samfunnsutfordringer framover er det nødvendig med et kunnskapsløft for kommunene. Et kunnskapsstøttesystem må kunne ivareta både små og store kommuners behov for oppdatert kunnskap. Kommunenes Strategiske Forskningsorgan (KSF) bygger på HelseOmsorg21-strategiens prioritering av et kunnskapsløft for kommunene for å sikre effektive og behovstilpassede tjenester, og det ligger et stort utredningsarbeid til grunn for strukturen.

KS har på forespørsel fra HO21-rådet finansiert en pilot for helse fra 2020. Piloten er finansiert av strategiske FoU-midler og perioden er forlenget fram til juni 2023. Bergen kommune er motorkommune for KSF pilot helse Vest og har etablert en struktur for kunnskapsstøtte for kommuneklyngene i regionen. Samtlige kommuner i Vestland og Rogaland deltar i disse kommuneklyngene. I den resterende delen av pilotperioden skal i tillegg Trondheim kommune utfylle arbeidet med en tverrsektoriell tilnærming til kunnskapsstøtte. Det skal også gjennomføres en ekstern evaluering. Samlet er erfaringene fra arbeidet så langt at mye ligger til rette for å forsterke arbeidet framover for å høste videre kunnskap fram mot etablering, men dette forutsetter statlige midler i en overgangsfase/opptrappingsplan fra pilot til etablering.

Hvilke tiltak er aktuelle?

De kommunale helse- og omsorgstjenestene må jobbe kunnskapsbasert for å møte dagens og fremtidens utfordringer og et økende behov for prioriteringer⁶. Det er nødvendig /trengs en opptrappingsplan for forskning og utviklingsarbeid i disse tjenestene, en konkret plan med strukturer og finansiering som bidrar til målrettet arbeid med forskning, innovasjon og implementering av kunnskap.

I HelseOmsorg21-strategien er dette oppsummert som behov for et kunnskapsløft i kommunene. Hovedstyret i KS vedtok i september 2019 at KS skulle ta en pådriverrolle for kunnskapsløftet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene ved å pilotere KSF-helse.

⁶ Meld. St. 38 (2020–2021) **Nytte, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten**

HelseOmsorg21-rådet hadde møte med politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og distriktsdepartementet (KDD) og Kunnskapsdepartementet (KD) 27. september om et kunnskapsløft for kommunene (KSF). Et kunnskapsløft for kommunene er ett av to brede satsingsområder og ett av fem hovedprioriteringer i HelseOmsorg21-strategien fra 2014.

For å få til et kunnskapsløft er det viktig at det finnes strukturer som bidrar til målrettet arbeid med forskning, innovasjon og implementering av kunnskap. KSF-helse, som ble foreslått av et interimutvalg nedsatt av HelseOmsorg21-rådet, er en slik struktur. Tema for møtet 27. september var hvordan departementene, rådet og andre i felleskap kan bidra til at KSF-helse blir etablert som en permanent struktur.

Rehabilitering og mestring

KPMGs evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering peker på at dette har blitt løst på mange forskjellige måter, og at det ofte ikke er klart for brukere, tjenesteytere eller ledere, hvilke tjenester som er tilgjengelig og hvem som er ansvarlig for dem. Evalueringsrapporten konkluderer med at rehabiliteringsområdet preges av **1)** manglende tilrettelegging og insentiver for en mer enhetlig nasjonal tilnærming, **2)** lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar, **3)** at dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig, **4)** at budsjett- og ansvarsfordeling ikke legger til rette for kost-effektiv oppgaveløsning, **5)** svak styring og manglende lederforankring på nasjonalt nivå og **6)** svake systemer for erfaringsutveksling og læring.

Ansvar- og oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet er uklar. Det har lenge vært et mål om at kommunene over tid skal overta et større ansvar for rehabiliteringstjenestene som tidligere har blitt levert av spesialisthelsetjenesten. KS har over lengere tid vært bekymret for at spesialisthelsetjenesten bygger ned sin kapasitet uten at kommunene kan bygge opp et like godt eller bedre tilbud.

Vi har for lite kunnskap om hvordan kommuner forstår og jobber med fagområdet alene og i relasjon til andre aktører. Det svake kunnskapsgrunnlaget kan blant annet forklares av at det ikke finnes et system som dokumenterer kommunens aktivitet, kostnader og effekt av rehabilitering. Ulik forståelse av rehabilitering gjør det krevende å samles om en felles tilnærming til måling og forbedring, og som en konsekvens forgår det trolig mer rehabilitering i kommunene enn det vi klarer å dokumentere i dag.

Hvilke tiltak er aktuelle?

I det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet har KS anbefalt å ta utgangspunkt i de syv konkrete anbefalingene i evalueringen av opptrappingsplanen for evaluering- og habilitering. Disse er:

- Utarbeid og vedta en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering
- Revider nasjonal veileder for å gi en mer enhetlig tilnærming i kommunene og spesialisthelsetjenesten
- Avklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
- Revidere tilnærmingen til individuell plan
- Utarbeid et system for å kartlegge total-kostnader og kost-effektive løsninger
- Satsning på teknologi for tjenestelevering
- Styrke registerdata og forskning

KS mener det er viktig å avklare ansvarsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og finne gode løsninger i gråsonen ut ifra lokale behov. Helsefellesskapene kan være et godt utgangspunkt for et slikt arbeid og utviklingen av et likeverdig partnerskap. Slike arenaer kan fremme innsikt i hverandres handlingsrom og forutsetning for å levere rehabiliteringstjenester. På den måten fremmes kultur for samarbeid og gjensidig forståelse for helhetlige, koordinerte og trygge

tjenester. Det finnes ikke en løsning som vil fungerer like godt i hele Norge. Her må kommuner og sykehus finne de beste løsningene lokalt. Det er behov for et felles funksjonsvurderingsverktøy.

Det er behov for forskning på rehabilitering i kommunehelsetjenesten. I dette inngår også mer kunnskap om forskjellige løsninger for fordeling av ansvar, oppgaver og samhandling mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og private institusjoner. Forskningsinnsatsen har gjerne vært rettet mot tidlige faser av rehabiliteringsforløpene, der spesialisttjenesten ofte har vært involvert. Det er imidlertid mindre kunnskap om behovet for og effekter av rehabilitering i de kommunale tjenestene.

Samarbeid om lærings- og mestringstiltak bør styrkes. I kombinasjon med rehabilitering, utgjør læring- og mestringstiltak et viktig tilbud for pasienter/brukere som mottar oppfølging fra både sykehus og kommunehelsetjenesten. Samarbeid om læring- og mestringstiltak og gode strukturer for dette, er viktig i utviklingen av gode pasientforløp og fremtidens helse og omsorgstjeneste med økt fokus på forebygging og mestring.

I rapporten *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid*⁷ er det foretatt en litteraturgjennomgang knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid i allmennpraksis. Her fremkommer det hvordan feltet har utviklet seg historisk, og hva som nå er myndighetenes forventninger til fastlegenes rolle i samband med ny lov om folkehelse. Videre er forskningen både nasjonalt og internasjonalt vurdert. Det er et gap mellom myndighetenes forventninger og det fastlegene selv forteller om den faktiske virksomheten. Det er nødvendig med et vesentlig kompetanseløft blant fastlegene. Det bør utarbeides en nasjonal strategi for en reorientering av allmennpraksis mot mer helsefremming og forebygging.

Psykisk helse og rus

Kommunene har fått et stadig større ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og alvorlige psykiske lidelser, uten at kompetanse og ressurser nødvendigvis har fulgt med. Det er kommunen som har ansvar for at pasienten skal ha et godt tilbud. Spesialisthelsetjenesten velger å skrive ut, enten fordi pasienten er ferdig behandlet, men også ofte fordi det ikke kan tilbys ytterligere behandling. Kommunene melder om usikkerhet rundt pakkeforløp, og uklårheter i informasjonsutveksling og samarbeidsformer. Det er særlige utfordringer knyttet til pasienter med sikkerhetsutfordringer.

Det er positivt at stortingsflertallet vil stanse nedbygging av døgnplasser i psykiatrien og at regjeringen er bedt om å se på kapasitet og utskrivningspraksis i spesialisthelsetjenesten. Men det er likevel ikke nok. Sykehusene og kommunene må etablere og videreutvikle gode samarbeidsløsninger og i fellesskap følge opp noen av de mest sårbare over tid.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Øk kapasiteten på døgnplasser i spesialisthelsetjenesten
- Øk antall plasser i sikkerhetspsykiatri
- Utred alternativer til enetilbud for personer med voldsrisiko
- Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og TSB må fjernes
- Det må prøves ut tiltak i en 1,5-linjetjeneste på områder hvor det ikke er hensiktsmessig eller mulig for kommunene å etablere tiltak alene.

Akutt-tjenester

Den akuttmedisinske kjede må vurderes samlet (legevakt, legevaktsvarsling, AMK, ambulanse, akuttmottak, KAD-plasser) for å utnytte de samlede ressursene best mulig. De fleste kommuner har

⁷ Dag-Helge Rønnevik, Betty Pettersen og Anders Grimsmo, NTNU 2020

utfordringer med å rekruttere fastleger. utfordringene er imidlertid svært ulike. I griskgrendte kommuner har legene i gjennomsnitt langt kortere pasientlister enn i folkerike kommuner, men legevakt gir en høy vaktbelastning som kommer i tillegg til den ordinære arbeidstiden. Det er ofte lav aktivitet på små legevakter, og i all hovedsak har legen beredskapsvakt i hjemmet. Stadig færre leger ønsker denne vaktbelastningen. Dermed eskalerer rekrutteringsutfordringene, og kommunene får større problemer med både å tilby innbyggerne fastlege og å organisere legevakten.

Mangel på helsepersonell, særlig sykepleiere og leger, gjør at overlappende ansvar og dobbeltarbeid i den akuttmedisinske kjeden bør unngås så langt det er mulig.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Vurdere om legevakt på natt i distrikter med lite aktivitet kan overtas av sykehusene. Ev. et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom kommunene og sykehus.
- Bruke erfaringene fra legevaktspilot der oppgaver legges til eksisterende omsorgstjenester og erstatter bruk av lege på stedet med videolegevakt.
- Bruke ny teknologi i større grad.
- Nye lovkrav (eks. responstid) bør ikke innføres dersom det medfører behov for enda mer personell i beredskap totalt sett.

Allmennlegetjenesten / fastlegeordningen

Muligheten til fagutvikling og forskning blir ofte tatt opp i forbindelse med handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Fagmiljø er viktig for videreutvikling av fastlegeordningen. En styrking og tilrettelegging av forskning og innovasjon bør sees i sammenheng med Kommunal strategisk forskningsorgan (KSF).

Kommunens merkostnader til fastlegeordningen ble anslått til 813 millioner i 2021 og har økt fra år til år. Merkostnadene er bl.a. knyttet til bruk av fastlønn, avtaler om leie av praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende, avtaler om bruk av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell, sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder. Kommunene har store kostnader i forbindelse med innløsning av hjemler. De brukte om lag 56 millioner kroner i 2021 og 67 millioner kroner i 2020.

Spesialiseringsløpet i allmennmedisin er omfattende og svært ressurskrevende for kommunene. Det medfører også mindre kapasitet hos fastlegene med mindre direkte pasientrelatert tid, både for utdanningskandidat og veileder. Det kan være vanskelig å få nok veiledere til alle under utdanning. Det er spesielt utfordrende i distrikter med få eller ingen spesialister. Spesialiseringsløpet er ikke tilpasset heltidsansatte leger på f.eks. sykehjem og legevakt.

Til tross for økt utdanningskapasitet og økning i LIS1 plasser, er det en stor andel som tar utdanning i utlandet og for få LIS1 plasser. Medisinerstudenter blir i større grad «sporet inn» i et spesialiseringssløp i spesialisthelsetjenesten enn i allmennlegetjenesten.

Fastlegetjeneste må være organisert slik at kommunene kan sørge for helhetlige helse- og omsorgstjenester – det vil si at tjenesten må være integrert med de øvrige kommunale tjenestene og ha gode rammer for samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Hvilke tiltak er aktuelle?

- Det må være to likestilte modeller for kommunene - næringsdrift og fast ansettelse
- Det må utvikles en finansieringsmodell som gir bedre insentiv til oppfølging av pasienter med langvarige helseproblemer og sammensatte behov, kvalitetsutvikling og samhandling.

- Ved videreføring av dagens modell for selvstendig næringsdrift, er det viktig med endring av fordelingen mellom basistilskudd og de aktivitetsbaserte inntektene. Det anbefales å gjennomføre store forenklinger i takstsystemet og vurdere innføring av risikostyrt basistilskudd.
- Det bør vurderes å innføre forsøksordning med fastlønnede fastleger i noen kommuner med ny finansieringsmodell - f.eks. fastlønnstilskudd (etter dagens modell for fysioterapeuter).
- Oppgaveporteføljen for fastlegene må endres. Det anbefales bl.a. å redusere oppgaver knyttet til sykefraværsoppfølging, arbeid med attester og administrativt arbeid. Det anbefales å kutte oppgaver som strengt ikke er nødvendig og som ikke fører til helsegevinst, fremfor å overføre oppgaver til annet helsepersonell som det også er for få av.

Pågående arbeid eller gode eksempler:

- TØRN: Vi vet vi får færre hender i fremtiden- det er derfor avgjørende å bruke den kompetansen og de medarbeiderne vi har på en best mulig måte, både i form av fordeling av oppgaver, og hvordan og når arbeidet skal organiseres. Tørn-prosjektet gjør forsøk med organisering av arbeidet i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Forsøkene i Tørn-prosjektet skal bidra til å øke heltidsandelen samt andelen ansatte med formell helsefaglig kompetanse i omsorgssektoren. FAFO har fått i oppdrag å evaluere prosjektet.
- Jobbvinner er et nasjonalt prosjekt for å rekruttere og beholde sykepleiere og helsefagarbeidere til kommunens helse og omsorgstjenester. Kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass og en god læringsarena for helsepersonell, studenter og lærlinger. Les mer om jobbvinner her: <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/jobbvinner/>
- ACT står for Assertive Community Treatment, og er en godt dokumentert modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet (Helsedirektoratet.no). ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester.
- FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. FACT-modellen er utviklet gjennom praktisk erfaring med ACT-modellen i Nederland og er i mindre grad fulgt av forskning.
- Ledelsesutvikling (se omtale over).
- Samarbeid mellom kommuner i regionene som blant annet gir større fagmiljø. I Agder samarbeider de til eksempel om velferdsteknologi.
- Samarbeid mellom kommuner i Hallingdal, organisert i ambulerende fagteam
- Ambulant palliativt team i Telemark. Er et samarbeid mellom kommunale helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, som tilbyr lindrende behandling i hjemmet.
- Nasjonalt læringsnettverk for Gode pasientforløp [Gode pasientforløp - KS](#)
- Samarbeid om etisk kompetanseheving <http://www.ks.no/etisk-kompetanseheving>
- Legemiddelområdet. For å kartlegge utfordringer og behov knyttet til administrering og klargjøring av legemidler i kommunal sektor har KS igangsatt et forprosjekt som skal se på dette og lage et mandat for hovedprosjekt med samme formål.
- Deling av data fra Skatteetaten. KS og Skatteetaten har jobbet med deling av inntekst- og skatteopplysninger mellom Skatteetaten og kommunene. Erfaringer fra dette arbeidet bør tas inn i arbeid med deling av data i helsesektoren. For å ivareta innbyggere og pasienter og for helhetlige helsetjenester kreves det at informasjon følger pasientene og deles på tvers av tjenester og forvaltningsnivå. Det er behov for å se på muligheter innenfor de juridiske rammene og identifisere behov for endringer i lovverket.

Med vennlig hilsen

Helge Eide
Områdedirektør

Åse L. Snåre
Avdelingsdirektør