

Helse- og omsorgsdepartementet  
[post@hod.dep.no](mailto:post@hod.dep.no)

Vår fil: B23-AA NOU23:4  
Vårt Arkiv: Høringsuttalelser 23  
Saksbehandler: Arnfinn Bue Aarnes

Oslo 25. april 2023

## **NOU 2023:4 Tid for handling** Personellet i en bærekraftig helsetjeneste

FFO viser til overnevnte NOU og vil i dette høringssvaret gi noen merknader til forslagene i NOUen.

### **Innledning**

Kommisjonen peker på mange relevante utfordringer i dagens helse- og omsorgstjeneste som f.eks. dårlig koordinering av tjenestene, lite systematisk oppgavedeling og i liten grad systematisk kunnskapsoverføring mellom nivåene i helsetjenesten.

Norge har en høy andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten sammenlignet med andre EØS-land. Vi har en gjennomgående god helsetjeneste og en befolkning som i stor grad har god helse. Likevel er det en kjensgjerning at vi samtidig står overfor utfordringer med bærekraften i helsetjenesten når det gjelder tilgang til personell. Dette må gi noen rammer for hvordan helsetjenesten skal utvikles i årene som kommer.

Mangel på helsepersonell er særskilt en utfordring for distriktene. En del distriktskommuner har allerede utfordringer med å skaffe kvalifisert helsepersonell som leger og sykepleiere. I stedet må de basere seg på dyre vikarløsninger. Dette er ikke bærekraftig. Kommisjonen mener at dette er en så betydelig utfordring at de ønsker at en større andel av statens bevilgninger skal gå til kommunene. FFO er enig i at en bedre finansiering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten er nødvendig, men vi mener i tillegg at kommunene, særlig i distriktene der tilgangen til helsepersonell er begrenset, i langt større grad bør kunne samarbeide om helsepersonell det er knapphet på. Ikke alle kommuner trenger en hel ergoterapeut eller fysioterapeut i full stilling og kan for eksempel dele stillingen med nabokommunen. Vi har såpass mange små kommuner i dette landet som ikke klarer å bemanne helsetjenesten i tilstrekkelig grad, slik at det er nødvendig å se på kommunesamarbeid om å dele på helsepersonell som en del av løsningen.

Kommisjonene peker også på at fagutdannet helsepersonell må benyttes i større grad i helsetjenesten. De peker blant annet på at helsefagarbeidere blir brukt i for liten grad. Det er få hele stillinger som gjør at denne yrkesgruppen i stor grad er tvunget til å jobbe deltid eller kombinere med andre jobber. Helsefagarbeiderutdanningen kan være attraktiv for mange, forutsatt at også stillinger opprettes. FFO mener i likhet med kommisjonen at helsefagarbeidere også bør rekrutteres til spesialisthelsetjenesten og gjøre noen av de oppgavene som sykepleier gjør i dag, og som ikke trenger sykepleiekompetanse, som for eksempel pleie på sengepost. Kommisjonene peker nettopp på mangelen på sykepleiere som ønsker å jobbe på sengepost, og at denne mangelen kan oppveies ved å ansette helsefagarbeidere. Selvsagt må

oppgaver som trenger sykepleierfaglige kompetanse utføres av sykepleiere, men pleieoppgavene m.m.er helefagarbeidere godt kvalifisert for.

Helsepersonellkommissjonen legger til grunn at personellveksten vi har sett fra 70 tallet fram til i dag ikke kan fortsette. Dette vil innebære at vi vil få færre helsepersonell pr. pasient i årene framover. Det vil si at tjenester må gis på nye og mer effektive måter, blant annet gjennom bruk av teknologi.

Velferdsteknologiske løsninger i kommunene vil være noen viktige bidrag til å løse oppgaver i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. FFO mener at det ligger et stort potensiale i en langt større aktivering av pasienters egne ressurser i egen behandling. Dette forutsetter imidlertid at pasient og innbygger på en hel annen måte involveres i egen behandling der informasjon kan deles mellom tjenester og mellom tjenester og pasient og at teknologiske løsninger for egenoppfølging kan tilbys.

Kommisjonens forslag om å bosette personer med omfattende bistandsbehov sammen i større boenheter er etter FFOs syn et klart brudd med FN konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) og vil være en oppsiktsvekkende endring av vedtatt politikk. Det enkelte individ skal selv få bestemme hvor det hvor en vil bo, uavhengig av bistandsbehov. Her mener vi kommisjonen forslår et tiltak som er i strid med grunnleggende menneskerettigheter om retten til selv å kunne velge hvor en vil bo. FFO mener regjeringen klart må avvise dette forslaget.

## **Kap. 2 Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft**

*Kommisjonen beskriver at utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er «drevet frem av en rekke faktorer som isolert sett øker etterspørselen etter disse tjenestene der nevnes blant annet befolkningens økte forventninger og krav til helse- og omsorgstjenestene, som er fulgt opp av myndighetene gjennom å innføre flere pasient- og brukerrettigheter.»*

FFO stiller seg spørrende til at det er pasienter og brukeres forventninger, krav og rettigheter som driver etterspørselen av helse- og omsorgstjenestene framover. Vi mener at dette er langt mer sammensatt og at det er andre mekanismer og drivere som virker sterkere på utviklingen av helsetjenesten. Medisinske fremskritt i form av bedre og mer treffsikre behandlingsmetoder er drevet fram av forskning og utvikling av tjenestene. Det er ikke unaturlig at tjenestene ønsker å ta i bruk nye metoder som gir bedre behandling, raskere rekonvalesens og mindre bi- og ettervirkninger. Vi mener at pasienters medvirkning og rettigheter gjør helsetjenesten bedre ved at pasientene er mer opplyst og tilegner seg kunnskap om ulike behandlingsalternativer. De kan dermed være med å ta kvalifiserte valg sammen med helsepersonellet om hvilken behandling som passer best. Vi har merket oss at kommisjonen mener at pasientenes rettigheter bidrar til økt sysselsetting i helse- og omsorgstjenestene. Vi er ikke enig i den påstanden, og mener i stedet at rettigheters viktigste funksjon er sikre geografisk og sosial likebehandling i tjenestene, slik at alle skal ha den samme retten til tilgjengelig behandling. Vi tror ikke rettighetene i seg selv er med på å øke sysselsettingen, men er et helt nødvendig virkemiddel som skal sikre nødvendig behandling til alle som trenger det.

FFO vil si seg enig i kommisjonens framskrivning av situasjonen rundt at vi ikke kan forvente den samme vekst i antall helsepersonell i fremtiden. Vi merker oss imidlertid at veksten har vært størst inne psykisk helsefeltet og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Antakelig har begge hatt for lav bemanning sett i forhold til behovet, og at det derfor har vært nødvendig med en bemanningsvekst.

Med en betydelig økning i antall eldre i årene som kommer så er det vanskelig å se at ikke den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ha noen vekst i antall ansatte helsearbeidere. FFO merker seg også kommisjonens forslag om at bevilgningene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten må øke mer enn i spesialisthelsetjenesten, noe også FFO mener er nødvendig når man vurderer

ressurssituasjonen mange kommuner i dag står i og der det er et betydelig press både når det tilstrekkelig kvalifisert personell og en presset økonomi.

### **Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell**

Kommisjonen beskriver utfordringen med å rekruttere og beholde helsepersonell. Det er i den kommunale helse- og omsorgstjenesten denne utfordringen er størst. Det er særlig sykepleiere og leger som det er mest utfordrende å rekruttere. Dette er nøkkelpersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og det er kostbart for kommunene å basere seg på å innleie av for eksempel legevikarer som stadig skifter. I tillegg innebærer denne vikarsituasjonen liten kontinuitet i tjenesten og i pasientoppfølgingen. Når vi vet fra forskningen at kontinuitet over tid er viktig for pasientens helse, så er det i tillegg en lite bærekraftig situasjon for kommunene. Dagens kommunestruktur med mange små kommuner i distriktene gjør at det er vanskelig å rekruttere helsepersonell. Unge som vokser opp i distriktet reiser ofte til sentrale strøk for å ta utdanning og kommer i liten grad tilbake til hjemkommunen for å jobbe, dette gjelder også for helsepersonell. Det er i dag ikke noen stor politisk vilje til å slå sammen kommuner til større enheter. Mange vil allikevel bo spredt til tross for kommunesammenslåinger. FFO mener at det er behov for at kommuner i distriktene samarbeider om knappe helsepersonellressurser. Det kan for eksempel være kommuner som ikke trenger en hel fysioterapistilling, og kan dele denne stillingen med nabokommunen. FFO tror at tettere kommunesamarbeid om helsepersonell kan være et moment som kan gjøre det noe enklere å rekruttere helsepersonell.

### **Fastlegesituasjonen**

Det er en kjensgjerning at vi har en krevende fastlegesituasjon. Lav rekruttering, aldrende fastlegekorps og at stadig flere velger å slutte som fastlege er en utfordring. Situasjonen er merkbar i både store og små kommuner. Over 220.000 personer står uten en fast lege, og dette gjør situasjonene vanskelig for mange innbyggere.

*«Helsetilsynet har konkludert med at ordningen er under press i hele landet, og at kommunenes muligheter for å levere forsvarlige allmennlegetjenester er satt på strekk. Tilsynet vurderer det som alvorlig at så mange innbyggere i realiteten ikke får innfridd sin rett på fastlege.»*

En ytterligere utfordring for allmennlegetjenesten er at mange nyutdannede leger foretrekker å jobbe i sykehus, noe av årsaken kan være arbeidsbelastningen som fastlegeyrket medfører. En reduksjon i listelengde kan bidra til mindre arbeidspress, men baksiden er at dersom man reduserer listelengden vil enda flere miste sin fastlege. FFO mener at det er avgjørende at fastlegens arbeidsmengde gjør det reelt sett mulig å håndtere en større andel pasienter fremover. Dette handler både om å kritisk vurdere de oppgaver som tillegges fastleger, slik at de kan bruke sin tid på det som har medisinsk verdi for pasienten.

Fastlegeutvalget har nylig kommet med forslag på tiltak som bør kunne bedre situasjonen. Flere LIS 1 stillinger, samt at kommunene og sykehusene skal kunne opprette LIS 1 stillinger som de selv finansierer. De foreslår videre at allmennlegene jobber i team sammen andre helsepersonellgrupper som sykepleier og helsesekretær, noe som gir mulighet til å dele oppgaver. Dette gjelder i praksisen, men også ved at man deler oppgaver med den øvrige helse- og omsorgstjenesten. De foreslår også å endre finansieringssystemet, der blant annet at det årlige basistilskuddet utgjør en større andel av den totale inntekten for fastlegene for å stimulere fastlegene mer til å ta listansvar. FFO mener at disse tiltakene samlet sett vil kunne styrke fastlegeordningen, men vi er usikre på om en endring i basistilskuddet og takstfinansieringen bør endres. Det er ikke dokumentert at en økning i basisfinansieringen til fordel for innsatsstyrt finansiering vil gi bedre tjenester til de som trenger det mest.

## Turnover

Det er en betydelig turnover i den kommunale helse- og omsorgstjenesten FFO tolker dette som en reaksjon på svært høyt arbeidspress i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er få som over tid klarer å stå i stillinger med svært høyt arbeidspress, der det er liten tid til hver enkelt pasient. Vi hører stadig fra helsepersonell som jobber i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om frustrasjon for at de ikke får gitt gode nok tjenester til pasientene på grunn av at de har ansvar for altfor mange pasienter. Alle pasienter har krav på gode helsetjenester og pleie og omsorg. FFO mener at for få ansatte vil svekke kvaliteten på tjenestene.

## Kap. 7 Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenesten

Samhandlingen i helsetjenesten er en betydelig utfordring i helsetjenesten, særlig i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Pasienter og brukere opplever at de må koordinere tjenestene mellom ulike instanser selv på grunn av manglende koordinering. FFO mener at både myndigheter og helse- og omsorgstjenesten må styrke innsatsen for gode pasientforløp slik at overgangene kan fungere bedre.

Kommisjonen adresserer denne utfordringer og skriver:

*«dagens organisering av helsetjenesten medfører utfordringer, og at det må vurderes nærmere hvordan organiseringen kan bli mer effektiv og tilrettelegge for bedre og mer sømløse pasientforløp.»*

Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012 for å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester. Overføring av behandlingsansvar fra spesialist til primærhelsetjenesten har vært en sentral del av reformen. Vi tror imidlertid at reformen ikke hadde tilstrekkelige virkemidler til å sikre god samhandling.

Forrige Regjering etablerte ordningen med helsefelleskap. Tanken er at disse skal bidra til at spesialisthelsetjenesten og kommunene bedre skal kunne samarbeide om pasientgrupper som har behov for helsetjenester fra begge tjenestenivåer. FFO tror det er viktig at kommunene og spesialisthelsetjenesten blir forpliktet til i felleskap å planlegge og samarbeide om pasientbehandlingen. Foreløpig er det etablert tolv helsefelleskap. Mange av disse er etter det vi vet fortsatt i støpeskjeen og er ganske ulikt organisert. Vi tror derfor at det tar tid før vi eventuelt ser resultater av helsefelleskapsmodellen. FFO tror imidlertid at dette er et nødvendig steg for å styrke felles planlegging og samarbeid om pasientene og derigjennom sikre gode overganger.

Vi merker oss at et flertall i kommisjonen ser kritisk på dagens organisering av helse- og omsorgstjenesten i to nivåer fordi ulikt eierskap og styring bidrar til at det øker behovet for helsepersonell. FFO mener at dette er en interessant tanke, men tror det av ulike grunner vil være svært vanskelig å gjennomføre.

## Kap. 8 Oppgavedeling

Kommisjonene beskriver et scenario der en tenker seg en oppgavedeling fra helsepersonell til pasient og brukerorganisasjonene. Bruk av teknologi der pasienter og brukere for eksempel måler og overvåker og egne helsedata som de deler med helsetjenesten er en form for oppgavedeling. FFO tror også at det er viktig at pasienter kan være aktive i egen helse og kan utføre tjenester som helsepersonell tradisjonelt har utført. Dette kan absolutt gi pasienter og brukere mere innsikt i egen helse og derigjennom gi bedre kontroll. I tillegg kan det bidra til mestring og selvstendighet og autonomi. Kommisjonen understreker at forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet skal legges til grunn for å flytte oppgaver over til pasientene. Vi mener at overføring av oppgaver bør bli forbeholdt de som føler seg trygge og ønsker det.

Helsepersonellkommisjonene på at helsefrivilligheten er en del av løsningen. Helsefrivilligheten er da også klar og kan ta en slik rolle. Det forutsetter imidlertid at myndighetene gir oppgaven og rammevilkår som er i samsvar med oppgaven.

### **Habilitering og rehabilitering**

FFO støtter også kommisjonenes anbefaling om økt satsing på folkehelsearbeid, forebygging og helsefremmende arbeid. Vi mener at en satsing på rehabilitering, læring og mestring er særdeles viktig i denne sammenheng. Det er et klart behov før en økt satsing på rehabilitering for å sikre at pasienter som trenger det får adekvat behandling og oppfølging. Dette kan bidra til at nytten av kostbar behandling blir realisert fullt ut. For eksempel kan dette bety at pasienter kommer tilbake til arbeid og/eller kan klare seg selv uten hjelp fra helse- og omsorgstjenesten. Dessverre har det vist seg krevende politisk å få til en tydelig satsing på dette feltet. Evalueringen av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering der viser evaluatør (KPMG) til at evalueringer og policyer har konsekvent påpekt de samme svakhetene i habiliterings – og rehabiliteringsfeltet gjennom de ti siste år.

- manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- svikt i koordineringen av tjenester
- manglende tilrettelegging og insentiver for mer enhetlig nasjonal tilnærming
- lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar
- dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig
- budsjett og ansvarfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgaveløsning
- svak styring og manglende lederforankring på nasjonalt nivå
- svake systemer for erfaringsutveksling og læring<sup>1</sup>

FFO mener at denne delen av helsetjenesten i dag fungerer alt for dårlig, og at myndighetene ikke har prioritert habilitering og rehabilitering i tilstrekkelig grad. Det at pasienter etter rehabilitering kan unngå forverring eller senskader etter sykdom vil bidra til at disse får redusert behov for annen medisinsk behandling eller oppfølging, og kan komme tilbake i jobb, eller å klare seg i hjemmet uten hjelp. På den måten kan en også se at rehabilitering kan bidra til fremtidig redusert behov for helsetjenester.

### **Læring- og mestring**

Kommisjonen foreslår at det utredes om pasient – og brukerorganisasjonene kan overta ansvaret for lærings- og mestringstilbudene i helse- og omsorgstjenesten. FFO ønsker å presisere den verdien frivillige organisasjoner utgjør som et supplement til det offentlige tjenestetilbudet og at dette er en rolle som med fordel kan styrkes betraktelig. I hvilken grad dette kan innebære at dette viktige arbeidet kan overtas i sin helhet er vi mer usikre på. Lærings- og mestringstilbudet er lovfestet del av sykehusenes oppgaver, men er i dag preget av begrenset aktivitet. Årsaken er at stillingshjemlene som var avsatt til denne virksomheten har blitt kraftig redusert. Det vil i praksis si at kun små stillingsbrøker er avsatt til formålet. FFO mener at sykehusene må prioritere mer ressurser til Lærings og mestringstiltak slik at dette blir et reelt tilbud, men ser gjerne at dette skjer gjennom et samarbeid og i dialog med aktuelle pasient- og brukerorganisasjoner.

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

Det anbefales at det igangsettes en utredning for å se om det er grunnlag for å inngå et forpliktende samarbeidsavtaler mellom frivillige brukerorganisasjoner for å fremme helsekompetanse i befolkningen.

---

<sup>1</sup> Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2029) KPMG

Kommisjonen mener at de frivillige organisasjonene bør ha en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteutøvelse i sykehus og kommuner. De fleste pasient og brukerorganisasjoner driver rådgivning og veiledningstjenester overfor egne medlemmer. Forslaget om å inngå samarbeid med den offentlige helse- og omsorgstjenesten er en ny tanke. Det vil som det påpekes gjøres en grundig vurdering av om det i det hele tatt vil være mulig å gjennomføre. Det vil selvsagt kreve økonomiske ressurser til organisasjonene hvis en slik løsning skal kunne realiseres.

### **Kap. 11. Prioritering og reduksjon av overbehandling**

FFO er svært kritisk til det kommisjonen skriver om mennesker bor i omsorgsbolig, der man vurderer at det er for personellintensivt slik at man må finne andre boformer. De skriver:

*Helsepersonellkommisjonen vurderer at det fra et personellperspektiv kan være mer hensiktsmessig å yte tjenester til disse pasientene og brukerne i omsorgsboliger eller andre større enheter som gir mulighet til bedre ressursutnyttelse. Enheter på en viss størrelse og der det er flere brukere eller pasienter vil gi stordriftsfordeler og kunne minske det totale behovet for personell. Samtidig vil slike enheter kunne være mer attraktive og stabile arbeidsplasser fordi bedre muligheter for samarbeid styrker grunnlaget for faglig støtte, kompetanseutvikling og trivsel. Stabilitet og faglighet kommer i sin tur pasientene til gode ved at den totale kvaliteten i tjenesteytingen styrkes. Kommuner bør utforske mulighetsrommet for tjenesteyting som legger til rette for et tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, og som samtidig ivaretar behovet for mindre personellintensive og stabile arbeidsplasser hvor det gjøres god bruk av personell og kompetanse. Det kan være en mulighet å definere en grense for omfanget av hjemmebaserte tjenester som kan tilbys til enkelte pasienter, uten at det går ut over kommunens evne til å tilby likeverdige tjenester til andre pasienter og brukere på grunn av manglende kapasitet eller tilgjengelig personell i kommunen.<sup>2</sup>*

Forslaget om å etablere større boenheter for personer med bistandsbehov ressursutnyttelse er en innsnevring av pasientrettigheter og institusjonalisering av brukere med omfattende behov. Dette strider mot CRPD artikkel 19 som Norge er forpliktet av, ved å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne fritt kan velge bosted. Det å etablere store boenheter for å effektivisere ressursbruken, mener FFO er et forslag som vil innebære et stort tilbakeskritt for likestillingen av mennesker med nedsatt funksjonsevne.

FFO mener at en mer utstrakt bruk av brukerstyrt personlig assistanse (BPA) vil kunne bidra til redusert ressursbruk i kommunene, gjennom at assistentene bidrar med hjelp i daglige situasjoner, som hjelp til å stå opp om morgenen samt stell og pleie som ikke trenger helsefaglig kompetanse. Dette vil gi brukerne mer fleksibilitet enn kommunenes faste rutiner og tidsskjemaer. Dette vil også kunne gi kommunene bedre ressursutnyttelse og mindre press på kommunenes helse- og omsorgstjeneste. BPA er også viktig for at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan delta i samfunnet og er viktig for mestring, sosial tilhørighet og livskvalitet.

FFO er enig med kommisjonen at det er rom for å redusere bruk av unødige og lavt prioriterte helsetjenester, og at det kan frigjøre helsepersonell og ressurser. Vi mener at dagens finansieringssystem i spesialisthelsetjenesten med en relativt høy grad av DRG, kan medføre vridningseffekter som kan stimulere til økt aktivitet av en behandling som er lavt prioritert. Dette er dokumentert internasjonalt og i enkeltteksempler i Norge. For å sikre mer treffsikker finansiering av oppgavene bør en vurdere finansieringssystemets innretning.

---

<sup>2</sup> NOU 2023:4 Tid for handling s.253

## Kap. 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenesten

FFO er enig med kommisjonen om at det er økt behov for satsing på digitale og teknologiske løsninger i helsetjenesten. Nye og bedre journalløsninger er det sterkt behov for, samt bedre innbyggerløsninger som gjør det mulig for pasienter både ha digital kontakt med helsepersonell, og samtidig ha tilgang og oversikt over egne helseopplysninger. Kommisjonene peker på tiltak om effektivisering i helsetjenesten gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi. FFO støtter derfor behovet for å intensivere innsatsen for økt digitalisering av helsetjenesten.

Med vennlig hilsen

### FUNKSJONSHEMMEDES FELLESGRUPPE



Eva Buschmann  
Styreleder



Lilly Ann Elvestad  
generalsekretær