

En nødvendig realitetsorientering fra Helsepersonellkommisjonen

Arbeidsgiverforeningen Spekter organiserer store deler av spesialisthelsetjenesten, det vil si alle offentlige helseforetak og mange ideelle og private aktører innen sykehusdrift, røntgeninstitutter og medisinske laboratorier, legemiddelforsyning og rehabilitering.

Oppsummert har Spekter følgende synspunkt på Helsepersonellkommisjonens rapport:

Generelt:

- Innledningsvis vil Spekter berømme Helsepersonellkommisjonen for å ha gitt et solid kunnskapsgrunnlag om situasjonen for helsetjenesten. Det er en styrke at det er samlet kommisjon som står sammen om beskrivelsene av utfordringsbildet. Det gir oss et solid fundament når vi alle må bidra for å løse de store utfordringene helsetjenesten og samfunnet står overfor.

Rapporten er forbilledlig tydelig på at det nå er tid for handling. Den store personellveksten i helse- og omsorgstjenestene i senere år, i kombinasjon med fremtidig demografisk utvikling, innebærer at utviklingen i tjenestene ikke er bærekraftige. Kommisjonens rapport må bli et vendepunkt for helt nødvendige omstillinger. For å unngå et sammenbrudd i tjenestene og i samfunnet for øvrig, foreslår Helsepersonellkommisjonen tiltak på en rekke områder.

Rapportens største verdi er at den viser hvordan en forverret bemanningskrise kan unngås, og at Norge har bedre forutsetninger for å lykkes enn andre land.

Arbeidstid

- Spekter støtter forslaget fra Helsepersonellkommisjonens flertall om at partene i de enkelte avtaleområder må finne løsninger som støtter opp om prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og at partene fastsetter bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. Spekter vil ta initiativ til at en slik prosess iverksettes på våre tariffområder.
- Spekter støtter, i tilfelle partene ikke kommer til enighet, flertallets forslag om at myndighetene iverksetter en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Organisering og oppgavedeling

- Spekter støtter vurderingen fra flertallet i Helsepersonellkommisjonens om at det «bør nedsettes et utvalg som får i oppgave å utrede om en mer helhetlig organisering enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå, vil redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.»

- Spekter støtter forslaget fra flertallet i kommisjonen om at «det igangsettes en utredning av en fremtidig sykehusstruktur. Utredningen bør vurdere alternative løsninger til sykehus med akuttfunksjon som kan bidra til å opprettholde desentralisert døgnkontinuerlig spesialisthelsetjeneste.»
- Spekter mener bruk av ideelle og private aktører kan bidra til bedre ressursbruk, tjenesteutvikling og beredskap. Det er viktig at de brukes og bidrar slik at det tjener helheten i tjenestene
- Spekter mener at apotekenes publikumstilgjengelighet, kompetanse og personellressurser bør benyttes på nye og enda bedre måter fremover for å avlaste andre deler av helsetjenesten.

Investeringer, digitalisering og teknologisk utvikling

- Spekter støtter kommisjonens forslag om oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad
- Spekter støtter kommisjonens forslag om at det etableres et forskningsprogram for utvikling av ny teknologi og innovative arbeidsprosesser som fører til redusert behov for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene.
- Spekter mener investeringene i bygg, medisinsk teknisk utstyr og teknologi som øker produktiviteten og reduserer personellbehovet i helse- og omsorgstjenestene må økes.
- Spekter støtter kommisjonens anbefaling om å vurdere konsekvensene for personellens produktivitet i planleggingen og dimensjonering av nye bygg i helse- og omsorgstjenestene.

Utdanning og kompetanse

- Spekter støtter at prosessene knyttet til godkjenning av utenlandsk utdanning og autorisasjon forenkles der det er nødvendig å godkjenne utenlandsk helsepersonell.
- Spekter mener det må arbeides videre med å utvikle veilednings- og praksismodeller, både for å kunne øke utdanningskapasiteten og frigjøre ressurser.
- Spekter mener det må holdes fast ved at videreutdanningene for sykepleiere også skal tilbys som videreutdanninger på 60 og 90 studiepoeng og ikke bare som fulle mastergradsløp.
- Spekter støtter at det må til en videre satsing på fagarbeiderutdanningene, særlig for helsefagarbeidere. Det må også utvikles flere fagskoletilbud som gir muligheter for spesialisering og videreutdanning for denne gruppen. Dette må ses i sammenheng med kommisjonens ønske om i større grad å bygge helsetjenestene med kompetanse nedenfra.
- Spekter mener det er behov for en aktør- og interessentanalyse på området helsefaglige utdanninger, og hvor det kartlegges hvilke beslutninger som ligger til grunn for valg knyttet til helseutdanningene, hvem som påvirker og tar beslutningene, og på hvilken måte. Aktuelle

tema er dimensjonering, innhold, spesialiseringer og godkjenninger.

- Spekter støtter Helsepersonellkommisjonens forslag om at det utvikles nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Prioritering, forebygging, folkehelse og rehabilitering

- Spekter støtter forslag om å igangsette et utredningsarbeid med å gjennomgå DRG-takstene for å se om takstene gir incentiver som ikke er ønskelige i lys av prioritering av helse- og omsorgstjenester. Dette arbeidet bør ligge til grunn for å foreslå endringer i takstene som fjerner finansielle incentiver til å tilby unødvendige tjenester.
- Spekter støtter forslag om å vurdere behovet for å øke egenbetaling fra pasienter og brukere til slike ikke-prioriterte tjenester.
- Spekter støtter forslag om å innføre krav til at det gjennomføres grundige utredninger av konsekvensene for personellbehov som følger av politikk på helse- og omsorgsområdet, herunder nye rettigheter som vurderes innført for pasienter, brukere og pårørende.
- Spekter støtter forslaget om at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å evaluere senere års innførte rettigheter for å få bedre innsikt i hvordan ny politikk henger sammen med økte personellbehov på dette området.
- Spekter anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementets strategi for å øke befolkningens helsekompetanse følges opp.
- Spekter anbefaler at det vurderes avgrensede forsøk med forløpsfinansiering for en pasientgruppe som fagmiljøene innen rehabilitering anser å være egnet for det.
- Spekter støtter forslaget om å at det lages bedre statistikk om private helse- og omsorgstjenester, og at dette omfatter statistikk om personell, oppgaver og inngrep som gjennomføres og økonomisk størrelse av slike tjenester. For en bedre forståelse av virkningene private helse- og omsorgstjenester har på tilgangen på arbeidskraft, bør kunnskapsinnhenting også omfatte hvilken betydning det kan ha for rekrutteringen til helsefagene og at personellet blir værende i sektoren, at de i løpet av yrkeskarrieren kan arbeide hos både offentlige og private arbeidsgivere.

Innledning

Helsepersonellkommisjonen hadde i oppgave å «etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.» Spekter mener formålet for en stor del er oppfylt, og at rapporten legger et godt og kunnskapsbasert grunnlag for helsepolitiske valg og prioriteringer fremover. Rapporten sammenstiller vesentlige fakta, gir grundige og balanserte analyser og fremmer mange gode anbefalinger. Kommisjonen og dens medlemmer skal ha anerkjennelse for å gå inn i vanskelige

dilemmaer med direktehet og mot, slik situasjonen krever. Spekter er særlig opptatt av bemanningsutfordringene i helse- og omsorgstjenestene. Som kommisjonen viser, ligger Norge på toppen i Europa i ressursbruk på dette området. Vi har høyest andel sysselsatte, og er blant landene som bruker mest av fellesskapets økonomiske ressurser på disse tjenestene, relativt sett.

Til nå har veksten i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene foregått parallelt med en samtidig vekst i arbeidsstyrken samlet sett. Den økte sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten har derfor ikke begrenset andre sektors mulighet til også å øke sysselsettingen. Men fremover vil dette bildet endre seg. Hvis andelen sysselsatte i helse- og omsorgssektoren fortsetter å øke på bekostning av andre sektorer, vil det ramme både næringsliv og industri som er med å finansiere velferdsstaten, men også andre viktige sektorer som utdanning, forskning, forsvar/beredskap. Landet har totalt sett én arbeidsstyrke, og et uttak et sted vil få effekt et annet sted.

Det ligger en stor egenverdi i at kommisjonen er samlet om en beskrivelse og et felles kunnskapsunderlag for utfordringene helse- og omsorgstjenesten står foran. Det vil bidra til at kommisjonens beskrivelse av utfordringsbildet vil fungere som en nødvendig realitetsorientering som flest mulig kan slutte seg til, på tvers av politiske skillelinjer og andre interessekonflikter. Dette bør lede til en bred oppslutning om kommisjonens hovedkonklusjon, at det nå er tid for handling.

Helsepersonellkommisjonen fremmer en rekke tiltak for å «unngå et sammenbrudd i tjenestene og i samfunnet for øvrig», slik det står i rapporten. Språkbruken illustrerer det store alvoret som hviler over rapporten og temaene den behandler. Likevel gir kommisjonen uttrykk for optimisme og mener at utfordringene kan løses.

Overordnet rettes tiltakene mot å hindre at gapet vides ut mellom etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester, og tjenestenes mulighet til imøtekomme etterspørselen.

Spekter vil i dette høringssvaret kommentere aktuelle innsatsområder langs to hovedspor:

- Tiltaksområder som kan bidra til å styrke helse- og omsorgstjenestens produktivitet og evne til å møte befolkningens etterspørsel.
- Tiltak som kan bidra til å redusere behov og belastninger på helsetjenesten

Tiltak for å styrke produktiviteten og tjenestens evne til å møte etterspørselen

Helsepersonellkommisjonen slår fast at det vil bli færre ansatte per pasient. Mange av tiltakene kommisjonen fremmer, retter seg inn mot å øke produktiviteten. Spekter vil særskilt kommentere innsatsområdene for en styrket produktivitet og evne i helse- og omsorgstjenestene til å møte etterspørselen.

Før vi går inn på de enkelte innsatsområdene, vil vi knytte noen kommentarer til ledelse spesielt. Kommisjonen viser til at god ledelse krever at ledere har kapasitet til å lede. Spekter vil understreke nettopp ledelsesfaktoren som en forutsetning for å løse mange av utfordringene kommisjonen peker på. Ledere må ikke bare ha kapasitet til å lede. De må også ha det nødvendige handlingsrommet og legitimiteten til å sette retning for omstillingen. Organisasjonens samlede kompetanse-, innovasjonsutvikling og omstillingsevne fordrer at ledere har nødvendig handlingsrom for å treffe tiltak som sikrer bærekraftig utvikling.

Arbeidsgivers og leders rett og plikt til å fatte nødvendige beslutninger er avgjørende for å levere på kommisjonens samlede anbefalinger, selvsagt innenfor lov- og avtalefestede regler og samarbeidsbestemmelser. Betydningen av dette kommer vi nærmere inn nedenfor i omtalen av arbeidstid som et prioritert innsatsområde.

Arbeidstid

Helsepersonellkommisjonen beskriver inngående utfordringene med Arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. En høy andel av helse- og omsorgstjenestene drives døgntkontinuerlig. Det er derfor et stort behov for personell, og behovet varierer gjennom uka. Det gir utfordringer i å fordele personellressurser slik at man har riktig kompetanse til riktig tid, og helgebemanningen er spesielt krevende.

Det finnes et betydelig effektiviseringspotensial i endrete arbeidstidsbestemmelser, innenfor Arbeidsmiljølovens rammer, som er mer i tråd med helse- og omsorgsvirksomhetenes driftsbehov. Det vil også bidra sterkt til å redusere ufrivillig deltid i sektoren.

Ifølge Arbeidsmiljøloven skal det utarbeides en turnusplan når arbeidstakere skal arbeide på forskjellige tider av døgnet, og det er krav om at planen skal drøftes med de tillitsvalgte. Slik praksis har etablert seg, innebærer det at det er de tillitsvalgte som godkjenner planene. Kommisjonen skriver:

«Når arbeidsgiver er avhengig av arbeidstakernes godkjenning av for eksempel gjennomsnittsberegning for å sette opp en arbeidsplan, medfører det at det oppstår forhandlingsarenaer hvor det kan stilles ulike krav. Det kan være krav om begrensninger i helgearbeid eller kompetansesammensetning. Eksempelvis vil krav om at en arbeidsplan ikke skal innebære arbeid oftere enn hver tredje helg, medføre en større begrensning enn det lovgiver har regulert i aml. § 10-8 nr. 4.»

Arbeidsgivers styringsrett innebærer ikke bare en rett, men også en plikt til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet, og kommisjonen viser til at arbeidsgivere oppfatter det krevende å ivareta drifts- og arbeidsgiveransvaret når man er avhengig av avtaler med tillitsvalgte for ordinær drift. Rapporten siterer fra et brev til kommisjonen fra de administrerende direktørene i de fire regionale helseforetakene der det påpekes at ledere med organisatorisk systemansvar når det gjelder arbeidstidsspørsmål ikke er gitt juridiske forutsetninger og rammer for å etablere arbeidsplaner, slik lovens intensjon er.

Flertallet i Helsepersonellkommisjonen «vurderer at en slik begrensning i arbeidsgivers styringsrett som følge av at man er avhengig av ulike avtaler, kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester.»

Kommisjonen påpeker at en beskjedne økning i antallet helgevakter vil løse utfordringene knyttet til å bemanne slike vakter, og dermed bidra til å redusere ufrivillig deltid ved at flere kan bli tilbudt økt stillingsprosent.

Spekter vil ta initiativ på vårt tariffområde til å følge oppfordringen fra flertallet i Kommisjonen om at partene må finne avtaleløsninger som støtter opp under prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og som kan bidra til å løse utfordringene som arbeidstidsordningene skaper. Slike eventuelle løsninger må ivareta arbeidstakernes rett til et godt arbeidsmiljø, samtidig som de må sikre at det er nok kompetent personell tilgjengelig ut fra driftsmessige behov.

Hvis det ikke er mulig å komme til enighet mellom partene, mener kommisjonens flertall at myndighetene må iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser. Dette er i tråd med Spekters oppfatning.

- *Spekter støtter oppfordringen foreslått av Helsepersonellkommisjonens flertall om at tariffpartene må finne løsninger som støtter opp om prinsippene om virksomhetenes ansvar og myndighet, og at de fastsetter bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer.*
- *Spekter støtter, i tilfelle partene ikke kommer til enighet, flertallets forslag om at myndighetene iverksetter en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser med sikte på at arbeidsgiver får myndighet til å ivareta ansvaret for både å bemanne tjenesten med riktig kompetanse og til å ivareta arbeidsmiljølovens krav om at arbeidstakerne skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.*

Organisering og oppgavedeling

Det inngår i oppdraget til Helsepersonellkommisjonen å se nærmere på samhandlingen innenfor og mellom de ulike delene av helse- og omsorgssektoren og strukturelle hindringer for effektiv ressursutnyttelse.

Helsepersonellkommisjonen skriver at helse- og omsorgstjenestene «preges av å være ulikt organisert, eid, finansiert og innrettet [...]». Dette reiser utfordringer for god bruk og tilgang på personellressurser, så vel som for det samlede tjenestetilbudet.» Kommisjonen skriver at det de siste tiårene er gjennomført reformarbeid og tiltak for å oppnå bedre samhandling, men med «vekslende resultater.» Den skriver også at det er «åpenbart at det trengs mer sømløse pasientforløp og bedre koordinerte tjenester.»

Spekter, som blant annet organiserer virksomheter tilhørende spesialisthelsetjenesten, slutter seg til vurderingen om at samhandlingen mellom aktørene og nivåene i helse- og omsorgstjenestene ikke fungerer godt nok, og at det behøves nye tiltak for å forbedre samhandlingen.

Vi vil samtidig presisere at Spekter klart mener at helseforetaksmodellen i spesialisthelsetjenesten har fungert godt og gitt gode resultater, slik også Sykehusutvalget konkluderer¹. Modellen bør videreføres og videreutvikles. Med det som utgangspunkt mener Spekter at Helsepersonellkommisjonen gjør gode betraktninger om behovet for tiltak som kan gi bedre forutsetninger for samhandling.

Spekter mener i likhet med Helsepersonellkommisjonen at det finnes et stort potensial i å intensivere det strukturerte arbeidet med oppgavedeling mellom tjenestenivåene, og støtter tiltakene kommisjonen foreslår. Det er viktig å identifisere barrierer mot en ønsket endring, og kommisjonen gir et godt overblikk over de viktigste blant disse. Vi vil i tillegg peke på at regulatoriske forhold kan virke begrensende på muligheten for en god oppgavedeling. Det kan for eksempel handle om hvilke helsepersonellgrupper som har forskrivningsrett og rekvireringsrett til visse typer legemidler og vaksiner. Vi vil anbefale at man vurderer regulatoriske endringer som kan fremme en bedre oppgavedeling uten at det kommer i konflikt med forsvarlighetskravet.

¹ NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse.

Kommisjonen gir en god beskrivelse av samhandlingsutfordringene og bakenforliggende, strukturelle og økonomiske forhold. Kommisjonen mener på bakgrunn av dette at det kan være behov for nærmere vurderinger av «en større omorganisering av helse- og omsorgstjenesten.» Spekter støtter en slik utredning.

Kommisjonen skriver at den mener «de økte behovene for tjenester vil stille så store krav til personellens produktivitet og helse- og omsorgstjenestenes evne til å tilby tjenester i hele landet, at det vil bli vanskelig å opprettholde dagens sykehusstruktur i tiårene fremover.» Spekter er enig i dette, med de begrunnelser som fremgår av rapporten.

Bedre strategisk samspill med ideelle og private

Spekter savner et perspektiv i Helsepersonellkommisjonens rapport knyttet til mulighetene og gevinstene av et bedre strategisk samspill mellom offentlige, ideelle og kommersielle aktører (de siste to aktørgruppene vil i det videre betegnes som «private aktører»). I Produktivitetskommisjonen var dette et viktig punkt, og den konkluderte at: «Kjøp av varer og tjenester fra private aktører er en viktig kilde til innovasjon og produktivitetsforbedringer i offentlig sektor.»

Det er bred oppslutning om at Norge skal ha en sterk offentlig helsesektor tuftet på verdier som likhet, trygghet og kvalitet. Spekter mener at Norges forutsetninger for å møte en utfordrende fremtid styrkes hvis vi evner å få til et utviklende og konstruktivt samspill mellom offentlige og private aktører, vel å merke innen rammer av offentlig styrte og finansierte helse- og omsorgstjenester og solid forankret i prinsippet om universelle velferdsgoder.

Spekter mener det først og fremst er det offentliges ansvar i å garantere de universelle godene innenfor vårt velferdssamfunn, men selve oppgaveløsningen kan skje med innslag av andre aktører. Et mangfold av aktører, offentlige og private, som driver på ulike forutsetninger gir gode forutsetninger for innovasjon, utveksling av erfaringer og felles læring. Når tjenestene skapes og leveres av et slikt mangfold av aktører, blir det samlede resultatet for pasienter, brukere og samfunn større enn summen av hva de tre leverandørkategoriene hver for seg skaper.

Tilstedeværelsen av aktører og ressurser utenfor den offentlige helse- og omsorgstjenesten har også betydning for helseberedskapen. Dette var en av erkjennelsene pandemien ga. Bidrag fra private og ideelle sykehus, rehabiliteringsvirksomheter og private laboratorier hadde stor betydning i oppgaveløsningen både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. 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.

Apotekene representerer en viktig ressurs 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. Apotekene har en viktig oppgave i å veilede om riktig legemiddelbruk, og bør ha rammevilkår for å fylle denne funksjonen.

Med 8 000 helsepersonell ansatt i over 1000 apotek over hele landet, er dette en del av helsetjenesten med nær tilgjengelighet for allmennheten, og det bør være potensial for en mobilisering og bedre bruk av deres ressurser. Vaksinasjon, medisinstart, inhalasjonsveiledning, legemiddelsamtaler for pasienter med mange resepter og legemiddelgjennomganger er eksempler på tjenester apotekene bør kunne bidra med, og slik redusere risiko for legemiddelskader, avlaste og

dempe personellbehovet i andre deler av helsetjenesten. For en utdypning av apotekenes mulige bidrag, viser vi til Apotekforeningens høringsvar til Helsepersonellkommisjonen.

Det er viktig at private aktørers bidrag styrker helse- og omsorgstjenestene som helhet, slik at man samlet sett kan få benyttet helsepersonellressursene bedre. Rammebetingelser som fremmer 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.

Vi har sett eksempler på at det oppstår en uheldig konkurranse om arbeidskraften mellom private og offentlige aktører i lokale arbeidsmarkeder der det råder stor knapphet på helsepersonell. Dette har særlig vært knyttet til bemanningsbyrå i deler av landet. Årsakene til det er sammensatt, men henger blant annet sammen med et arbeidstidsbestemmelse genererer behov for bruk av innleie i sykehusene. Dersom man kan løse bemanningsutfordringene med den arbeidskraften man har, innenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser, vil det redusere behovet for bruk av innleie og dermed redusere konkurransen om arbeidskraften, jf ellers omtalen under Arbeidstid.

Spekter:

- støtter vurderingen fra flertallet i Helsepersonellkommisjonens om at det «bør nedsettes et utvalg som får i oppgave å utrede om en mer helhetlig organisering enn i dag, eventuelt samlet på ett felles forvaltningsnivå, vil redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten.»
- støtter forslaget fra flertallet i kommisjonen om at «det igangsettes en utredning av en fremtidig sykehusstruktur. Utredningen bør vurdere alternative løsninger til sykehus med akuttfunksjon som kan bidra til å opprettholde desentralisert døgntilgjengelighet og spesialisthelsetjeneste.»
- mener bruk av ideelle og private aktører kan bidra til bedre ressursbruk, tjenesteutvikling og beredskap. Det er viktig at de brukes og bidrar slik at det tjener helheten i tjenestene, og at de har en grad av forutsigbarhet i sine rammebetingelser om de skal anvendes i beredskapssammenheng.
- mener at apotekenes publikumstilgjengelighet, kompetanse og personellressurser bør benyttes på nye og bedre måter fremover for å avlaste andre deler av helsetjenesten.

Investeringer, digitalisering og teknologisk utvikling

Spekter deler Helsepersonellkommisjonens vurderinger knyttet til digitalisering og bruk av ny teknologi. Alle oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, bør automatiseres i størst mulig grad.

Spekter deler også kommisjonens oppfatning om at teknologiutviklingen frem til nå i hovedsak har bidratt til å gi bedre og mer treffsikre tjenester, men i liten grad har bidratt til å effektivisere tjenestene. Tvert imot har innføring av ny teknologi ofte økt personellbehovet.

Anbefalingen fra Helsepersonellkommisjonen er «å legge til grunn at teknologiske og digitale løsninger som vurderes innført fører til besparelser knyttet til personellbehov og til færre ansatte.» Spekter ser dette som svært viktig, og mener i likhet med Helsepersonellkommisjonen at det er behov for ny innsikt fra forskning som bidrar til større effektivitet og endrer personellutnyttelse i helse- og omsorgstjenestene. I det ligger også vurderinger og tiltak rundt at 800 000 av befolkningen ikke har grunnleggende digitale ferdigheter. Derfor støtter vi også forslaget om etablering av et forskningsprogram som har som formål å reduseres behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren, og at det utvikles kunnskap og teknologi som bidrar til effektivisering på alle systemnivåer og sparer arbeidskraft.

Spesielt om investeringer

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 dels alternative, dels overlappende innsatsfaktorer. 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 medvirkende årsak til lav produktivitetsvekst i helse- og omsorgssektoren i flere analyser, og Helsepersonellkommisjonen vier temaet oppmerksomhet i sin rapport. Også Sykehusutvalget viser til at kapitalintensiviteten i spesialisthelsetjenesten er redusert, mens arbeidskraftintensiteten har økt.²

Som Helsepersonellkommisjonen påpeker, «konkurrerer» budsjettene mellom investeringer og drift, og i Norge har man i mindre grad enn i våre naboland prioritert investeringer som kan gi personellbesparelser. Det er svært viktig, som kommisjonen skriver, at det gjennomføres investeringer som bidrar til økt produktivitet.

Spekter:

- støtter kommisjonens forslag om at helse- og omsorgstjenestene i beslutninger knyttet til innovasjon og bruk av teknologi, anvender prinsippet om at alle oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad.
- støtter kommisjonens forslag om at det etableres et forskningsprogram for utvikling av ny teknologi og innovative arbeidsprosesser som fører til redusert behov for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene.

² NOU 2023:8. Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse.

- mener investeringene i bygg, medisinsk teknisk utstyr og teknologi som øker produktiviteten og reduserer personellbehovet i helse- og omsorgstjenestene må økes.
- støtter kommisjonens anbefaling om å vurdere konsekvensene for personellens produktivitet i vurderingen i planleggingen og dimensjonering av nye bygg i helse- og omsorgstjenestene.

Utdanning og kompetanse

Helsepersonellkommisjonen vektlegger at helsepersonellet i hovedsak bør utdannes i Norge. Den nevner spesifikt at det bør være en prioritert oppgave å følge opp Grimstadutvalgets (2019) anbefaling om at Norge bør utdanne minst 80 prosent av de legene landet trenger, og at dette også bør gjelde for de andre store helsepersonellgruppene. Spekter støtter at helsepersonell i hovedsak bør være utdannet i Norge.

Kommisjonen mener at det er viktig å styrke mulighetene for kompletterende utdanning for enkelte grupper helsepersonell, særlig sykepleiere, bioingeniører og tannleger med utdanning fra utenfor EU/EØS-området, dette er også noe Spekter støtter.

Når det gjelder godkjenning av utenlandsk utdanning og autorisasjon, er det betydelige utfordringer knyttet til dette både når det gjelder leger og sykepleiere. Systemet oppleves veldig strengt, og ikke minst oppleves det veldig byråkratisk og tidkrevende. Spekter hadde gjerne sett at kommisjonen hadde flere forslag på dette området. I Meld. St. 14 (2022-2023) *Utsyn over kompetansebehovet i Norge*, fremmer regjeringen noen forslag for å gjøre samarbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og godkjenningsmyndigheter bedre, men Spekter mener at tiltak også bør rette seg mot de omfattende byråkratiske prosessene knyttet til godkjenning og autorisasjon. For helseforetakenes del gjelder det også prosessene knyttet til å få godkjent virksomheten som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering, der man erfarer betydelige utfordringer knyttet til prosessene opp mot helsemyndighetene.

Gjennomføring av praksis og veiledning av studenter er en utfordring særlig for sykepleierutdanningene, og det er en viktig begrensende faktor for antallet som kan utdannes. Det konkluderes blant annet med at det er behov for nye modeller for veiledning, og at også bruken av kombinerte stillinger mellom praksisstedene og utdanningsinstitusjonene økes. Generelt sett mener kommisjonen at samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonene og arbeidslivet bør bli tettere, blant annet med tanke på gjennomføring av praksisstudier og veiledning, noe også Spekter stiller seg bak.

Fordi praksis er en flaskehals særlig for utdanningen av sykepleiere, mener kommisjonen at Norge bør arbeide for en endring av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv for å kunne inkludere simulering som en del av praksisstudiene. Spekter støtter dette forslaget. Norge er forpliktet av direktivet gjennom EØS-avtalen, men direktivet er veldig rigid med tanke på omfanget av praksis og at praksis er knyttet til døgntilstand og oppfølging av pasienter. Dersom man skal fravike direktivet, vil det bety at en norsk sykepleierutdanning ikke lenger anerkjennes innenfor EU/EØS. Kommisjonen mener dette alternativet ikke bør anbefales fordi det kan ha store negative konsekvenser, også for jordmorutdanningen og godkjenning av denne. Spekter er enig i denne vurderingen.

Kommisjonen tar også til orde for en særlig videre satsing på helsefagarbeiderfaget med mål om flere utdannede helsefagarbeidere som skal arbeide i helse- og omsorgssektoren, også i sykehus. Dette er noe Spekter har arbeidet for over lang tid. Dette må også ses i sammenheng med kommisjonens ønske om i større grad å bygge helsetjenestene med kompetanse nedenfra.

En sentral diskusjon har vært videreutdanningene for sykepleiere særlig innenfor anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreft (ABIOK-utdanningene). Diskusjonen har dreid seg om flere bør utdannes med toårige mastergrader i stedet for videreutdanninger på ett og halvannet år. Det har særlig vært utdanningsinstitusjonenes behov for tilgang til flere med mastergradskompetanse som grunnlag for rekruttering av lærekrefter som har vært viktig. Dette vil i økende grad bli en utfordring for utdanningsinstitusjonene med tanke på å overholde formelle krav til lærekreftenes kompetanse grunnet høy gjennomsnittsalder og pensjonering. Spekter støtter kommisjonens konklusjon om at det må være videreutdanninger som både kan tas med eller uten full mastergradskompetanse.

På den ene siden så anerkjennes utdanningsinstitusjonenes rekrutteringsbehov, og mange av kommisjonens medlemmer tar også til orde for et generelt behov for at flere har mastergradskompetanse. På den andre siden er det ikke nødvendigvis tjenestenes behov som tilsier at flest mulig skal ha denne kompetansen.

Ansvar for utdanning og kompetanseutvikling er i dag delt mellom sykehusene og utdanningssektoren. Helseforetakene har et betydelig offentlig oppdrag med å utdanne helsepersonell – også for kommunene. Helseforetakene og kommunene er også ansvarlige for at medarbeidernes kompetanse blir oppdatert og videreutviklet i takt med oppgavene som skal løses.

I spesialisthelsetjenesten er det helseforetakene som kjenner kompetansebehovene best, men muligheten til å påvirke utdanningsløpene varierer. En sentral utfordring ligger i hvem som definerer og påvirker innhold i utdanningene (for eksempel EU- direktivets rammer, omfang av representasjon i programgrupper knyttet til Rethos), hvordan praksis gjennomføres og hvordan man legger opp løp for etter- og videreutdanning. Samspeillet mellom helsesektoren, UH-sektoren og myndighetene står sentralt her.

Helseforetakene påpeker at utdanningsinstitusjonene må bli bedre til å samarbeide seg imellom når det gjelder praksis både i grunn- og videreutdanningene. Ofte legges praksisperiodene til samme tid, og det skaper flaskehalser. Denne problemstillingen er tatt opp av Helse Sør-Øst RHF i et brev til HOD, hvor prosessen for å finne løsninger med utdanningsinstitusjonene er beskrevet, for eksempel ved ulike opptakstidspunkt gjennom året. Det har så langt ikke vært mulig å koordinere dette mellom utdanningsinstitusjonene for utdanningene i intensiv- og operasjonssykepleie.

Helse Sør-Øst RHF skriver blant annet at de opplever «at utdanningsinstitusjonenes grad av autonomi, mangel på samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, manglende avtaler om endringer i behov for praksisplasser og ulike økonomiske insentiver medfører at en ikke evner å benytte de handlingsrommene som finnes. I tillegg setter nå forskriften for intensivsykepleieutdanningen begrensninger med at antallet uker i praksis er satt langt over hva en mener er nødvendig, spesielt for studenter som har praksis ved sykehus med god tilgang på intensivpasienter og gode læresituasjoner. Tidligere var dette bedriftsinterne utdanninger (ABIO), og det er behov for at tjenestene i større grad gis innflytelse i hvordan disse utdanningene organiseres.

For å kunne øke utdanningskapasiteten så mye som behovet tilsier, er det ikke tilstrekkelig med småjusteringer av allerede utprøvde tiltak (alternative veiledningsmodeller, tettere samarbeid, frikjøp av praksisveiledere, kombinerte stillinger, etc.).»

Helse Sør-Øst RHF ber derfor i brevet om støtte fra departementet, og ber om at HOD initierer et arbeid med å vurdere hvilke tiltak som må iverksettes for å øke utdanningskapasiteten innen intensivsykepleie betydelig. Dette er et eksempel på hvor krevende situasjonen har blitt for noen grupper.

En annen problemstilling er hvem som er premissgiver for utdanningenes innhold. For noen år siden ble rammene for utdanning av legespesialister tydeliggjort. Det gjenstår fortsatt tilsvarende klargjøring for psykologspesialistene, hvor det er Norsk Psykologforening som er ansvarlig for å tilby, definere og godkjenne innholdet i utdanningen.

Helse- og omsorgstjenestene er helt avhengig av god dimensjonering av utdanningene, at innholdet i utdanningene er mest mulig relevant, og at gjennomføring av praksis skjer på en hensiktsmessig måte. Det innebærer at helsetjenesten må være en tydelig premissgiver når innhold og dimensjonering besluttet. Det forutsetter at roller og ansvar er tydeliggjort.

På bakgrunn av dette mener Spekter at det bør gjennomføres en interessent- og aktøranalyse med tanke på de helsefaglige utdanningene hvor det kartlegges hvilke beslutninger som ligger til grunn for valg knyttet til helseutdanningene, hvem som påvirker og tar beslutningene og på hvilken måte.

Kommisjonen ser kompetanse blant utviklere, personell, pasienter og pårørende som en grunnleggende forutsetning for å kunne ta i bruk teknologi og digitale løsninger (s. 271), og mener i den sammenhengen at det må gjennomføres målrettede opplæringstiltak overfor de forskjellige personellgruppene. Dette er Spekter enig i.

Spekter:

- mener det må være en ambisjon at helsepersonell som arbeider i Norge i hovedsak har norsk utdanning. Samtidig bør prosessene knyttet til godkjenning av utenlandsk utdanning og autorisasjon forenkles der det er nødvendig å godkjenne utenlandsk helsepersonell.
- mener det må arbeides videre med å utvikle veilednings- og praksismodeller, både for å kunne øke utdanningskapasiteten og frigjøre ressurser.
- mener det må holdes fast ved at videreutdanningene for sykepleiere også skal tilbys som videreutdanning på 60 og 90 studiepoeng og ikke bare som fulle mastergradsløp.
- støtter at det må til en videre satsing på fagarbeidsutdanningene, særlig for helsefagarbeidere. Det må også utvikles flere fagskoletilbud som gir muligheter for med spesialisering og videreutdanning for denne gruppen. Dette må ses i sammenheng med kommisjonens ønske om i større grad å bygge helsetjenestene med kompetanse nedenfra.
- mener det er behov for en aktør- og interessentanalyse på området helsefaglige utdanning, og hvor det kartlegges hvilke beslutninger som ligger til grunn for valg knyttet til helseutdanningene, hvem som påvirker og tar beslutningene og på hvilken måte. Aktuelle tema er dimensjonering, innhold, spesialiseringer og godkjenninger.
- støtter Helsepersonellkommisjonens forslag om at det utvikles nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Tiltak for å få flere til å stå lenger i jobb

Spekter er positiv til at kommisjonen trekker frem at det må tilrettelegges for at helsepersonell kan stå lenger i jobb. Som kommisjonen er inne på, har store grupper helsepersonell rett til særalderspensjon. En særalderspensjon innebærer at en gruppe arbeidstakere kan motta

alderspensjon fra et tidligere tidspunkt enn det som generelt gjelder, og også at pensjonsytelsen ved tidlig avgang er høyere enn det de ville fått etter reglene om AFP og tidligpensjon i folketrygden.

Den opprinnelige begrunnelsen for særaldersgrensene, var at det i enkelte yrker ble stilt særlige krav til fysiske og psykiske egenskaper. Tiden har løpt betydelig i fra mange av begrunnelsene. I helseforetakene har over 50 prosent av arbeidstakerne en tidligpensjonsordning etter reglene om særalderspensjon. De fleste har en særaldersgrense på 65 år (f.eks. sykepleiere), men også 60 år for ambulansepersonell. Det er i dag også en regel om at arbeidstakere kan gå av tre år før særaldersgrensen dersom summen av alder og tjenestetid er 85 år eller mer. Etter dagens regelverk har mange arbeidstakere derfor rett til full særalderspensjon fra henholdsvis 62 år og 57 år. Flere forskningsrapporter³ peker på at det er en klar sammenheng mellom pensjonsavgang og særaldersgrenser.

Ny Analyse har regnet på hvor mange flere årsverk som kan bli tilgjengelige i helse- og omsorgssektoren dersom avgangsalderen øker med ett år, og uførheten reduseres med ti prosent.⁴ Beregningene legger til grunn framskrivninger fra SSB om at det vil mangle 57 000 årsverk i helse- og omsorgssektoren i 2035. De nye beregningene viser at ett års økt avgangsalder og ti prosent redusert uførhet vil dekke rundt 15 til 19 prosent av denne mangelen.

Spekter mener særaldersgrenser som ikke har helsemessig eller sikkerhetsmessig begrunnelse bør avvikles og grenser som i dag framstår som for lave i forhold til økt levealder bør heves. Det er derfor positivt at regjeringen har nedsatt en ekspertgruppe som skal vurdere om, og i tilfelle hvem, som fremover bør ha særaldersgrense i offentlig sektor. Vi etterlyser likevel flere og mer konkrete tiltak for at helsepersonell kan stå lenger i jobb.

En Fafo-rapport fra 2022⁵ peker på en del tiltak for å forlenge karrieren blant seniorene, blant annet bedre arbeidsorganisering, og det å bli sett og verdsatt i større grad. Faglig utvikling og kompetanseheving, slik at man opplever utvikling og mestring i tråd med hva som kreves for å gjøre en god jobb, herunder det å ta i bruk nye digitale løsninger er også viktig. Det samme er individuell tilrettelegging knyttet til helsetilstand og motivasjon for videre arbeid. Spekter mener derfor mer vekt på utvikling av kompetanse, høy oppmerksomhet på HMS, samt en gjennomgang og justering av særaldersgrensene vil bidra til å beholde seniorene lenger i jobb.

Spekter:

- mener særaldersgrenser som ikke har helsemessig eller sikkerhetsmessig begrunnelse og grenser som i dag framstår som lave i forhold til økt levealder bør heves
- mener det må i tillegg legges vekt på utvikling av kompetanse og HMS for å beholde seniorene lenger i jobb

³ Bl.a. Fafo-rapport 2022:18 «Seniorer i sykehussektoren – hvordan beholde seniorene og deres kompetanse», og rapport fra Pensjonspolitisk arbeidsgruppe (2022).

⁴ Ny Analyse «BETYDNINGEN AV ØKT YRKESAKTIVITET FOR PERSONER OVER 50 ÅR I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN», 2022.

⁵ Fafo-rapport 2022:18 «Seniorer i sykehussektoren – hvordan beholde seniorene og deres kompetanse»

Tiltak som kan bidra til å redusere behov og belastninger på helsetjenesten

Prioritering

Helsepersonellkommisjonen tar til orde for å redusere omfanget av unødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommisjonen skriver at det å redusere unødvendige tjenester vil innebære en kulturendring blant personellet selv, i helse- og omsorgstjenestene, blant pasienter, bruker og pårørende og blant helsepolitikere.

Spekter vil uttrykke klar støtte til kommisjonens overordnede budskap om nødvendigheten av bedre prioriteringer, og at dette forplikter aktører på alle nivåer, inkludert politisk nivå. Om ikke kan man risikere at ledere i helsetjenesten alene må ta belastningen med å prioritere *ned* tjenester der det er nødvendig, mens politikere prioriterer *opp* der det er ønskelig.

Kommisjonen foreslår fire tiltak for å prioritere og redusere unødvendige helse-omsorgstjenester;

- Styrke og bruke faglige nettverk
- Gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling
- Utrede virkninger for personellbehov av endringer i politikk og pasientrettigheter i tjenestene
- Forbedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester.

Spekter mener de fire konkrete tiltakene kommisjonen foreslår for bedre prioriteringer treffer godt, og vil her spesielt kommentere to av dem.

Kommisjonen foreslår å gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling. Det er fornuftig med et utredningsarbeid for å se om takstene understøtter gode prioriteringer, som kan ligge til grunn for å foreslå endringer i takster som insentiverer ikke-prioriterte tjenester. Det er også fornuftig, som kommisjonen foreslår, å vurdere behovet for å øke egenbetalingen for ikke-prioriterte tjenester.

Spekter mener også det er svært fornuftig å innføre krav til grundige utredninger av konsekvensene for personellbehov som følger av politikk på helse- og omsorgsområdet, herunder nye rettigheter som vurderes innført for pasienter, brukere og pårørende.

Folkehelse, forebygging og rehabilitering

Spekter støtter Helsepersonellkommisjonen i dens vurdering av at en styrket satsing på folkehelse og forebyggingsarbeid vil kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, og dermed også bidra til å redusere behovet for innsats fra helsepersonell.

Vi viser til Spekters innspill til regjeringens arbeid med Folkehelsemeldingen⁶, der vi spesielt betonet høy deltakelse i arbeidslivet som betydningsfullt både for den enkeltes helse og for folkehelsen. Deltakelse i utdanning og arbeid har stor betydning for den enkeltes helse og livskvalitet. Som del av dette er det svært viktig å forebygge tidlig utenforskap. Sannsynligheten for å havne i utenforskap legges ofte tidlig i livsløpet, og forebyggingsarbeidet må derfor begynne tidlig med innsatser fra barnevern, barnehage og skole.

⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/innspill-til-neste-folkehelsemelding/id2902781/?uid=e6344b36-7ce2-4dfc-98c6-4c802ab14964>

Det er av stor betydning å lykkes med strategier for å forebygge økte sosiale ulikheter i helse. Slike ulikheter gir økte belastninger på helse- og omsorgstjenestene, og kan svekke oppslutningen om et offentlig finansiert og styrte tjenester.

Helsekompetanse

Helsekompetanse omhandler personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse.

Som Koronakommisjonen påpekte i sin andre delrapport⁷ var innvandrerbefolkningen i Norge overrepresentert blant de smittede og alvorlig syke under pandemien, og underrepresentert blant de vaksinerte, og myndighetenes informasjon nådde i varierende grad 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 gjennomførte i 2022 en studie for å identifisere, analysere og evaluere trender innen fremtidens helse og omsorg. 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. God helsekompetanse er en viktig forutsetning for befolkningens og pasientenes mulighet til å bidra i den kulturendringen kommisjonen ser behovet av for å redusere unødvendige helse- og omsorgstjenester.

Arbeidet for å styrke helsekompetansen er derfor svært viktig, og Spekter deler Helsepersonellkommisjonens syn om at forebyggingstiltak og tidlig innsats må utformes slik at pasienter og brukere gjøres i stand til å ta vare på egen helse og delta i egen behandling. Spekter vil i denne sammenhengen vise til Helse- og omsorgsdepartementets strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, og gjeldende regional utviklingsplan fra Helse Sør-Øst RHF, der det å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse er tatt inn som et eget satsingsområde⁸.

Rehabilitering

Rehabilitering kan sees som sekundærforebygging som kan hindre eller utsette ytterligere belastninger på helse- og omsorgstjenestene etter sykdom eller skade. Effektiv rehabilitering vil dermed kunne gi betydelige bidrag i å dempe behovet for helse- og omsorgstjenester.

For mange pasienter kan effektiv rehabilitering også gjenopprette arbeidsevnen, og på samfunnsnivå være et viktig bidrag til å utløse arbeidskraft som behøves for å understøtte velferdsstatens bærekraft.

Det er 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 kunnskapshull på dette området⁹.

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering ble iverksatt i forrige stortingsperiode. Planen ble i 2021 evaluert av KPMG på oppdrag for Helsedirektoratet. Evalueringsrapporten peker på flere

⁷ NOU 2022:5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2.

⁸ <https://helse-sorost.no/regional-utviklingsplan-2040#styrke-pasienters-og-paerendes-helsekompetanse-og-involvering>

⁹ Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering, Oslo Economics 2020.

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 den kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplanen, og at det tas utgangspunkt i evalueringsrapportens viktigste anbefalinger.

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.

Spekter:

- støtter forslag om å igangsette et utredningsarbeid med å gjennomgå DRG-takstene for å se om takstene gir incentiver som ikke er ønskelige i lys av prioritering av helse- og omsorgstjenester. Dette arbeidet bør ligge til grunn for å foreslå endringer i takstene som fjerner finansielle incentiver til å tilby unødvendige tjenester.
- støtter forslag om å vurdere behovet for å øke egenbetaling fra pasienter og brukere til slike ikke-prioriterte tjenester.
- støtter forslag om å innføre krav til at det gjennomføres grundige utredninger av konsekvensene for personellbehov som følger av politikk på helse- og omsorgsområdet, herunder nye rettigheter som vurderes innført for pasienter, brukere og pårørende.
- støtter forslaget om at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer å evaluere senere års innførte rettigheter for å få bedre innsikt i hvordan ny politikk henger sammen med økte personellbehov på dette området.
- anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementets strategi for å øke befolkningens helsekompetanse følges opp.
- anbefaler at det vurderes avgrensede forsøk med forløpsfinansiering for en pasientgruppe som fagmiljøene innen rehabilitering anser å være egnet for det.
- støtter forslaget om å at det lages bedre statistikk om private helse- og omsorgstjenester, og at dette omfatter statistikk om personell, oppgaver og inngrep som gjennomføres.. For en bedre forståelse av virkningene private helse- og omsorgstjenester har på tilgangen på arbeidskraft, bør kunnskapsinnhentingene også omfatte hvilken betydning det kan ha for rekrutteringen til helsefagene og at personellet blir værende i sektoren at de i løpet av yrkeskarrieren kan arbeide hos både offentlige og private arbeidsgivere.