MENON ECONOMICS

RAPPORT

BEMANNING, KOMPETANSE OG KVALITET

STATUS FOR DE KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE

MENON-PUBLIKASJON NR. 51/2018

Av Marcus Gjems Theie, Lars Halvard Lind, Torbjørn Bull Jenssen og Erland Skogli

Forord

Denne rapporten er resultatet av en utredning Menon Economics har gjennomført på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund. Utredningen ble gjennomført i tidsrommet januar til juni 2018.

Vi vil gjerne takke Norsk sykepleierforbund for faglige innspill og kommentarer underveis i prosessen.

Forfatterne står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Juni 2018

Erland Skogli
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG **3**

1. INNLEDNING **9**

1.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester – hva er det? 10

1.2. Mandat og avgrensinger 10

1.3. Rapportens struktur og oppbygning 11

2. UTFORDRINGER FOR FREMTIDENS HELSE- OG OMSORGSTILBUD **12**

2.1. Forventet demografisk utvikling vil legge press på hele helsevesenet 13

2.2. Konsekvenser for det kommunale helse- og omsorgstilbudet 13

2.3. Det norske tilbudet i et internasjonalt perspektiv 24

3. HVA GJØRES FOR Å MØTE UTFORDRINGENE? **28**

3.1. Planer, satsinger og tiltak rettet mote de kommunale helse- og omsorgstjenestene 29

3.2. Hva viser tallene? 33

3.3. Hva brukes pengene på? 40

4. HVILKEN FREMTID GÅR VI I MØTE? **44**

4.1. Hvordan vil fremtidens helse- og omsorgstjeneste se ut? 44

4.2. Hva kan gjøres? 46

4.3. Har vi råd til å ikke løse utfordringene? 49

5. KONKLUSJONER **50**

6. LITTERATURLISTE **52**

Sammendrag

I hvilken grad har myndighetene evnet å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene for å møte de demografiske utfordringene som kommer? Dette er hovedspørsmålet som søkes besvart gjennom denne utredningen.

Rapporten tar sikte på å gi en oppdatert virkelighetsbeskrivelse av situasjonen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nærmere bestemt ser vi på utviklingen de siste ti årene og anvender ulike indikatorer for å kunne vurdere om ressurser, kapasitet og utkomme har økt eller blitt redusert. Vi ser på om kommunene har fått mer penger til helse og omsorg gjennom statlige overføringer, slik de har blitt lovet. Vi vurderer om man har evnet å styrke kommunenes kompetanse og rigget tjenestene for å overta en større andel av behandlingene i helsevesenet. Og vi vurderer hvorvidt det er nok kompetent personell for å sikre et godt tilbud til alle som trenger det. I dette sammendraget oppsummerer vi de mest sentrale funnene i rapporten. Sammendraget er ment å kunne leses selvstendig. For detaljer rundt funnene henvises det til rapportens hovedtekst.

Vi står overfor store utfordringer som vil bidra til å øke presset på helse- og omsorgstjenester slik vi aldri tidligere har opplevd

De kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor betydelige utfordringer i årene fremover. Slik vi ser det er det spesielt tre drivere som vil medføre at behovet for helse- og omsorgstjenester i kommunene vil øke betydelig:

1) **Vi blir flere, og vi blir eldre.** Norges befolkning er ventet å vokse til over 7 millioner før 2060. Samtidig vil andelen eldre øke mer relativt til andre aldersgrupper. Dette vil legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. At vi blir flere vil kreve en utvidelse av tilbudet rett og slett fordi det blir flere innbyggere som, før eller siden, blir avhengige av helse- og omsorgstjenester. Samtidig vil en eldre befolkning øke behovet ytterligere ettersom eldre i større grad har behov for helse- og omsorgstjenester. Det er også grupper i den yngre befolkningen som representerer et økt helse- og omsorgsbehov i årene fremover. Kort sagt vil det bli flere syke og pleietrengende som trenger mer avansert behandling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

2) **Flere behandlingsløp vil flyttes ut av sykehusene.** Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det ønskelig å flytte så mye som mulig av behandling ut av sykehusene ettersom dette generelt sett er kostnadsbesparende. Vi ser en trend mot at man i Norge og andre europeiske land behandler stadig flere sykdommer utenfor sykehus. Dette vil medføre økt behov for kapasitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesielt i form av økt kompetanse for å gjennomføre nye typer behandlinger.

3) **Medisinske fremskritt kan gi økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.** I årene fremover er det naturlig å forvente at medisinske fremskritt vil gjøre det mulig å gi bedre og mer effektiv behandling. Man vil både evne å redde flere liv, samt at flere som i dag er avhengige av sykehusopphold for behandling kan unngå dette, og sykehusopphold vil kortes ned. For mange vil dette imidlertid bety økt behov for rehabilitering og helse- og omsorgsoppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten – altså i de kommunale tjenestene. Dette vil dermed kunne drive opp behovet for bemanning og spesialkompetanse i kommunene.

Så langt har man ikke evnet å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene – til tross for politisk fokus, reformer og tiltakspakker

Utfordringene over er vel kjent og det har lenge vært bred politisk enighet om å satse på de kommunale helse- og omsorgstjenestene – blant annet gjennom Samhandlingsreformen og andre initiativer. Et av de mest sentrale grepene i Samhandlingsreformen var å styrke kommunenes rolle og økonomi. Det ble blant annet lovet at «[k]ommunenes økonomiske rammer skal styrkes. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover»[1]. Det legges med andre ord opp til en økonomisk satsing på det kommunale helse- og omsorgstilbudet: Mer penger, samt en vridning mot at en større del av helsebudsjettene skal gå til det kommunale tilbudet i årene fremover.

Mindre enn én prosent vekst i bevilgningene per år. Lovnaden om en styrket økonomisk satsing har i liten grad vært fulgt opp når man ser på kommunenes økonomi. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vokst, men utviklingen følger den gjennomsnittlige veksten i offentlige budsjetter. Videre har 85 prosent av veksten i midlene gått med til å dekke befolknings- og prisvekst, samt overføring av nye oppgaver til kommunene. Når vi justerer for disse faktorene har de kommunale helse- og omsorgsbevilgningene vokst med mindre enn én prosent i året siden 2008 – til tross for at samhandlingsformen og tilhørende satsinger har blitt gjennomført i perioden.

Kommuner prioriterer ikke helse- og omsorg når de frie inntektene øker. Frie inntekter utgjør samlet om lag 70 prosent av kommunenes inntekter. Tallene viser imidlertid at kommuner med høye frie inntekter benytter en mindre andel av sine budsjetter på helse og omsorg. Vi finner en statistisk signifikant negativ sammenheng mellom nivået på de frie inntektene per innbygger i kommunene og andelen av kommunenes utgifter som anvendes til helse- og omsorgstjenester. Det er altså tilsynelatende ikke bare manglende bevilgninger fra staten som er problemet: Kommuner med god økonomi velger ikke å prioritere helse og omsorg mer likevel.

Samhandlingsreformen har ikke vært suksess i den forstand at de underliggende problemene fortsatt er de samme som før reformen. Hovedårsaken til at man har igangsatt reformer og tiltak for den kommunale helse- og omsorgssektoren er at man går mot en uholdbar situasjon. Samhandlingsformen skulle bidra til å løse tre sentrale utfordringer for helsevesenet:

1. Fragmentert tjenestetilbud – liten grad av koordinering av sykdomsløp mellom tjenestene
2. For liten innsats til forebygging og tiltak for å begrense sykdom – skaper unngåelige lidelser for pasienter og store kostnader for samfunnet
3. Forventet demografisk utvikling vil drive opp etterspørselen etter helsetjenester i årene fremover

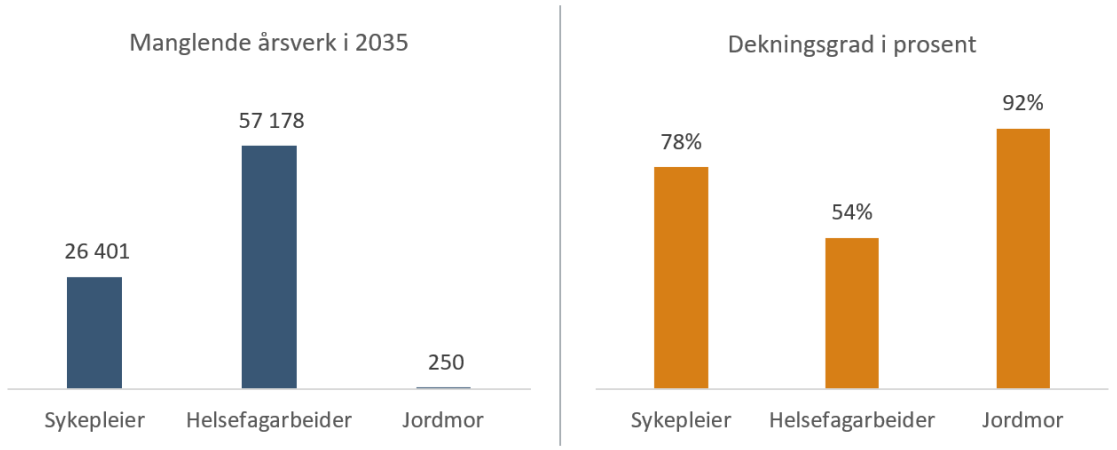
Det har vært gjennomført flere grundige evalueringer av reformen. Evalueringene konkluderer med at man i liten grad har oppnådd tilsiktet effekt. Man har i begrenset grad evnet å styrke samhandlingen – strukturene og maktbalansene i helsesektoren er de samme som før og kommunene har marginal innflytelse over pasientenes behandlingsløp. Kommunene mottar samtidig flere og ofte mer krevende pasienter, uten at dette har blitt fulgt tilstrekkelig opp økonomisk. Riksrevisjonen påpeker i sin evaluering at:

- Samhandlingsreformen i liten grad har medført økt kapasitet i helse- og omsorgssektoren i kommunene

[1] https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/

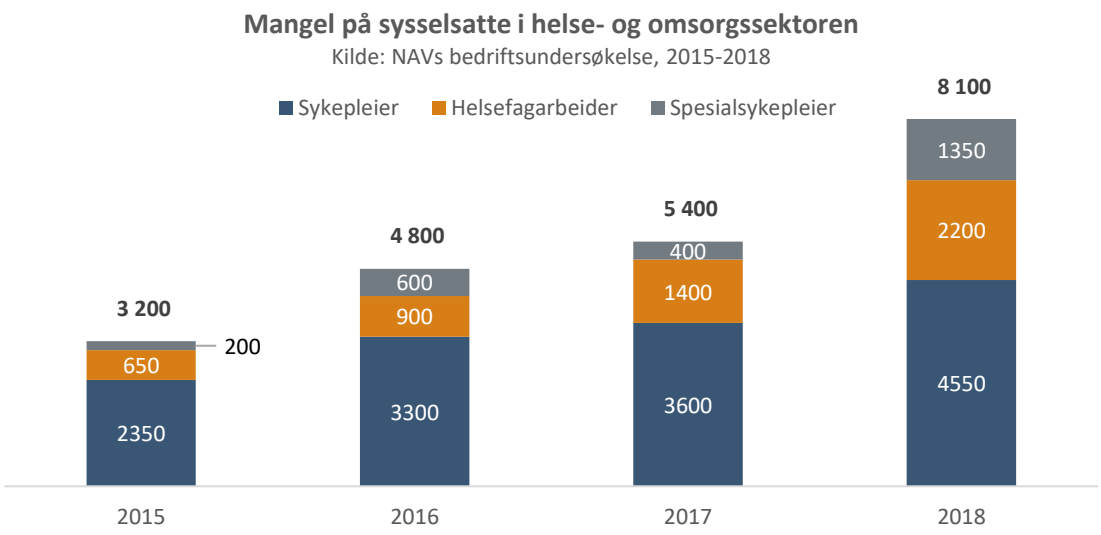
- Kompetansen i kommunene på helse- og omsorgsområdet er kun i begrenset grad styrket i møte med flere og mer krevende pasienter enn tidligere
- Nær halvparten av kommunene har ikke nok sykepleiere

Videre viser beregninger gjort av SSB at det vil bli en kraftig mangel på fagfolk fremover – selv når Samhandlingsreformen legges inn i beregningene. Figuren under viser SSBs anslag fra 2012 på hvordan arbeidsmarkedet for sykepleiere, helsefagarbeidere og jordmødre vil se ut i 2035. Det er anslått at man vil mangle over *80 000 årsverk* samlet.



Allerede ser vi tegn til at mangel på personell og kompetanse har svekket kvaliteten i tjenestetilbudet

Det er for få helse- og omsorgsarbeidere. SSBs beregninger av mangelen på årsverk i helse- og omsorgsyrker ble gjort basert på data fra 2010. I løpet av de åtte årene siden SSB gjorde sine beregninger ser vi at spådommene er i ferd med å bli virkelighet. Figuren under viser resultatene fra en omfattende undersøkelse som gjennomføres av NAV hvert år der man avdekker innen hvilke sektorer og yrker det er mangel på arbeidskraft. Helse- og omsorgsyrkene topper listen hvert år – og situasjonen har blitt verre. Det mangler over 8000 sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere i 2018. Siden 2015 har mangelen på sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere mer enn doblet seg. Innen alle yrkene har det vært vekst i behovet. Foreløpig er det størst mangel på sykepleiere – vi ser at mangelen på sykepleierårsverk er doblet siden 2015. Veksten i behovet har imidlertid vært størst for helsefagarbeiderne – behovet er mer enn tredoblet siden 2015.



Kompetansen i tjenestene er ikke god nok. Kompetansemangelen viser seg tydelig både blant de som arbeider i helse- og omsorgssektoren og hos brukerne i tjenesten. I en omfattende spørreundersøkelse til sykepleiere oppgir ni av ti at det er behov for økt kompetanse innen ett eller flere diagnoseområder der de arbeider.

Vi finner det samme i brukerundersøkelser. Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) gjennomfører en undersøkelse annethvert år der de spør befolkningen om deres opplevelse av kvaliteten i det offentlige tjenestilbudet langs en rekke indikatorer. Omsorgstjenestene kommer dårligst ut blant alle de offentlige tjenestetilbudene. Brukerne oppgir blant at de opplever at kompetansen er svekket relativt til tidligere år. De opplever også at de ansattes evne til spesialtilpassing av tilbudet og evne til å følge opp brukerne er svekket.

Kvaliteten i tilbudet er svekket. Mangel på arbeidskraft og kompetanse går utover kvaliteten i tilbudet. Dette gjelder spesielt omsorgstjenestene som scorer blant de laveste på brukertilfredshet blant alle offentlige tjenestetilbud i DIFIs undersøkelse. Brukerne opplever også at de ansattes evne til spesialtilpassing av tilbudet og evne til å følge opp brukerne er svekket. Dette har ført til at brukernes tillit til omsorgtjenestene er svekket og at de føler seg mindre trygge i tjenesten.

Svarene fra DIFIS undersøkelse er tydelige. For flesteparten av indikatorene ser vi at omsorgstjenestene scorer lavt relativt til andre offentlige tjenestetilbud. Videre ser vi en tydelig nedadgående trend: Tjenestene scorer lavere enn ved tidligere undersøkelser. Svarene hinter om at enkelte av de problemene vi forventer i fremtiden, som følge av et underskudd av helse- og omsorgsarbeidere i kommunene, allerede gjør seg gjeldende. Dette viser at det er et betydelig behov for handling dersom man skal snu denne trenden og styrke kvaliteten i tilbudet.

Norges tilbud er ikke i verdenstoppen. Norges helse- og omsorgstilbud er godt, men ikke best. Internasjonale sammenlikninger viser at Norge rangerer omtrent midt på treet blant relevante sammenlikningsland. De andre skandinaviske landene – Sverige, Danmark og Finland – rangerer høyere enn Norge.

Internasjonale sammenlikninger av helse- og omsorgstilbud utenfor spesialisthelsetjenesten er krevende ettersom tjenestene er svært ulikt organisert mellom land. Allikevel ser vi at internasjonale sammenlikninger reflekterer våre funn: Norge kommer spesielt dårlig ut på økonomisk bærekraft og tilgang på arbeidskraft og kompetanse.

Det kreves en satsing på bemanning, kompetanse- og kvalitetsheving i den kommunale helse- og omsorgssektoren

Bildet som tegnes over er klart: underbemanning, mangel på kompetanse og redusert kvalitet på tjenestene ser ut til å være veien det går – og skal man tro ekspertenes framskrivinger er det ingen grunn til å tro at problemet vil bli mindre. Tvert imot er dette akkurat som forventet. Dersom vi ikke evner å rette dette problemet står det kommunale helse- og omsorgstilbudet i fare.

Det er fare for todeling av helse- og omsorgstjenestene dersom det ikke tas grep. En mulig konsekvens er at vi vil se en todeling av helsevesenet ved at det private tilbudet øker. Dersom private aktører ser et etterspørselsoverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil det private tilbudet av helsetjenester øke. En todeling av helsevesenet er ikke ønskelig ettersom dette vil kunne føre til at inntektsnivå blir styrende for tilgangen til helsetjenester. På sikt vil dette kunne føre til store ulikheter innad i landet.

Det kreves en bred satsing dersom vi skal ha håp om å løse utfordringene. Vi finner tydelige indikasjoner i forskningslitteraturen på at det er ressursbesparende for samfunnet å investere i et høykvalitetstilbud av kommunale helse- og omsorgstjenester. Sett i lys av den utfordringen vi går i møte de neste tiårene indikerer dette at en styrking av bemanning, kompetanse- og kvalitetssatsing i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil være nødvendig dersom vi ønsker å opprettholde og videreutvikle kvaliteten i det norske helsevesenet og samtidig unngå en todeling.

Man er nødt til å angripe problemet på flere måter samtidig ved å både satse på å styrke bemanningen og kompetansen i sektoren, samtidig som man er nødt til å satse på tiltak som tar sikte på å redusere fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester. Det er derfor behov for både å:

- *Igangsette tiltak som reduserer mangelen på arbeidskraft i den kommunale helse- og omsorgssektoren.* Dette innebærer også en styrket satsing på spesialkompetanse som er avgjørende dersom man i fremtiden i større grad skal lykkes med å overføre behandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- *Igangsette tiltak som reduserer etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester.* Med dette menes å satse tyngre på forebyggende helsetiltak, tidlig innsats og folkehelsetiltak. Flere av evalueringene av Samhandlingsreformen påpeker at satsingene på forebyggende tiltak og folkehelsetiltak ikke har vært spesielt vellykkede – friske midler til har i stor grad gått til organisering og planlegging i kommunene, og i mindre grad til faktiske folkehelsetiltak eller annet forebyggende arbeid.
- *Satse på teknologiske løsninger i helse- og omsorgssektoren.* Velferdsteknologiske løsninger kan lette arbeidet for helse- og omsorgsarbeiderne i kommunene og gjøre bemannings- og kompetansebehovet mer håndterbart.

Det bør satses mer på tverrfaglighet og samkjøring av tjenester. Satsingen på samhandling og tverrfaglighet var et viktig mål for Samhandlingsreformen. Evalueringer av reformen viser imidlertid at man i liten grad har lyktes med dette. Kommunene opplever ikke at styrkeforholdet eller likeverdet er endret fra tidligere i forhandlings- og samarbeidssituasjoner. Dette forklares i hovedsak av at det fremdeles er sykehuslegene som har definisjonsmakt vedrørende når pasienter skal meldes utskrivningsklare og at kommunene opplever at de her har marginal innflytelse.

I en omfattende sammenlikning av det man i internasjonal sammenheng benevner som de *primære helse- og omsorgssektorene* i et utvalg sammenlikningsland påpeker Grimsmo og Magnussen (2015) at internasjonal

forskning *éntydig* viser at organisering i større tverrfaglige sentre gir mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i forhold til befolkningens behov, samt redusert bruk av spesialisthelsetjenester. Dette har blitt iverksatt i såkalte «helsesentre» i både Sverige og Finland. I Finland har enkelte helsesentre også sengeavdeling. Denne tverrfaglige sammensetningen av tilbudet styrker samarbeidet mellom de ulike faggruppene – spesielt har samarbeidet mellom sykepleierne og allmennlegene blitt viktig på legekontorene. I Norge tar pilotprosjektet med primærhelseteam i kjølevannet av primærhelsemeldingen (Meld. St. 26, 2014-2015) innover seg dette og ser ut til å være et skritt i riktig retning.

Har vi råd til å ikke løse utfordringene?

Samfunnets ressurser er knappe. Det er derfor nødvendig å prioritere pengebruken slik at vi får mest mulig ut av de ressursene vi har. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det ønskelig at ressursene settes inn der de kaster mest av seg – altså der de gir mest samfunnsnytte.

Våre analyser av kommunenes bevilgninger til helse og omsorg i liten grad reflekterer en utpreget satsing de siste årene – samtidig ser vi at vi ikke har evnet å løse utfordringene helsevesenet står overfor i årene som kommer. Spørsmålet er hva dette vil koste samfunnet på sikt. Valget om å ikke satse mer offensivt på de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan kun forsvares fra et samfunnsøkonomisk ståsted dersom alternativbruken av midlene har gått til formål som har skapt større samfunnsnytte enn hva de ville gjort i helse- og omsorgssektoren.

Samfunnsøkonomer er opptatt av hva som skaper størst nytte for samfunnet – for lavest mulig kostnad. Samfunnets ressurser bør derfor fordeles slik at man maksimerer nytten for et gitt offentlig budsjett. Hva som fra et samfunnsøkonomisk lønnsomhetsperspektiv er en forsvarlig pengebruk er nødt til å ses i sammenheng med hva vi får igjen – eller alternativt hva vi går glipp av ved å la være å bruke penger på et gitt formål relativt til andre formål.

Spørsmålet som er relevant å stille er derfor hvorvidt man har gjort reelle vurderinger av de samfunns-økonomiske nettogevinstene av de prioriteringene som har blitt gjort i budsjettprosessene. I hvilken grad har man inkludert anslag på den langsiktige samfunnskostnaden ved underbemanning og mangel på spesial-kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene når man har lagt de økonomiske premissene for sektoren? Problemet med å ikke gjøre dette er at man ikke får belyst den relative viktigheten av å styrke satsingen på det kommunale helse- og omsorgstilbudet i dag.

De utfordringene vi skisserer opp i denne rapporten kan vise seg å bli svært kostbare for samfunnet. Ved å ta en større del av den samlede kostnaden i helsevesenet de neste tiårene i dag vil man potensielt kunne redusere den totale kostnaden over hele denne perioden.

1. Innledning

Helsevesenet er under press i årene som kommer. Norges befolkning er ventet å vokse til over 7 millioner mennesker før 2060. Samtidig vil andelen eldre øke mer relativt til andre aldersgrupper. Etterspørselen etter helsetjenester vil derfor øke.

Disse utfordringene er vel kjent. Det er også mye som tyder på at det er samfunnsmessig effektivt å satse på tidlig innsats og forebygging, samt å forsøke å behandle så mye som mulig utenfor spesialisthelsetjenesten.

I de aller fleste industriland er det en bred politisk enighet om dette og man har i løpet av de siste 10-20 årene iverksatt reformer for å forsøke å utnytte denne innsikten. I Norge har reformen fått navnet «Samhandlings-reformen» (St.meld.nr 47) og ble satt i gang i 2012. Reformen motiveres ut fra tre konkrete utfordringer:

4. Fragmentert tjenestetilbud – liten grad av koordinering av sykdomsløp mellom tjenestene
5. For liten innsats til forebygging og tiltak for å begrense sykdom – skaper unngåelige lidelser for pasienter og store kostnader for samfunnet
6. Forventet demografisk utvikling vil drive opp etterspørselen etter helsetjenester i årene fremover

Et av de mest sentrale grepene i Samhandlingsreformen for å løse disse utfordringene er å styrke kommunenes rolle. Det ble blant annet lovet at «[k]ommunenes økonomiske rammer skal styrkes. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover»[2]. Det legges med andre ord opp til en økonomisk satsing på det kommunale helse- og omsorgstilbudet: Mer penger, samt en vridning mot at en større del av helsebudsjettene skal gå til det kommunale tilbudet på bekostning av spesialisthelsetjenesten i årene fremover.

I kjølevannet av Samhandlingsreformen har det også blitt satt i gang en rekke utredninger, satsinger og tiltak fra politisk hold for å styrke det kommunale helse- og omsorgstilbudet: Kompetanseløft 2020, Primærhelse-meldingen, Nasjonalt Velferdsteknologiprogram og Omsorgsplan 2020 er alle eksempler på dette. Med andre ord har det vært stor politisk forståelse av utfordringene som kommer, og vilje til reform.

Spørsmålet er imidlertid om alle disse initiativene har gitt noen merkbar effekt når vi ser på de overordnede linjene. I denne rapporten stiller vi derfor spørsmålet: *I hvilken grad har man evnet å redusere ressurs-utfordringene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og rigge tjenestene for å møte utfordringene som kommer?*

Rapporten tar sikte på å gi en virkelighetsoppdatering av situasjonen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Har ting blitt bedre, verre eller er de det samme som for ti år siden? Har kommunene fått mer penger til helse og omsorg, slik de har blitt lovet? Har man evnet å styrke kommunenes kompetanse og rigget tjenestene for å ta en større andel av behandlingene i helsevesenet? Er det nok personell for å sikre et godt tilbud til alle som trenger det?

Rapporten bygger på arbeidet og innsikten fra rapporten «Bruker vi for mye på helse? – En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten». Der vurderer vi utfordringene som spesialisthelsetjenesten står overfor i årene fremover. Rapporten finner at helsesektoren generelt, og spesialisthelsetjenesten spesielt, ikke har blitt spesielt prioritert relativt til andre samfunnssektorer de siste ti årene. Dette til tross for bevissthet om at vi går mot en situasjon der etterspørselen er ventet å øke

[2] *https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/*

kraftig i årene fremover. Rapporten peker særlig på behovet for å satse på investeringer i spesialisthelsetjenesten som et middel for å øke produktiviteten og på den måten lette ressursproblemet. Slike satsinger er viktig dersom man skal opprettholde og styrke kvaliteten i tilbudet i årene fremover og unngå en todeling av helsevesenet.

I denne rapporten er utgangspunktet det samme, men fokuset er rettet mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi vurderer i hvor stor grad man fortsatt står overfor utfordringer knyttet til fremtidens forventede etterspørselsøkning. I tillegg drøfter vi hva som kan gjøres for å i større grad sikre at helse- og omsorgstjenestene i kommunene vil evne å møte utfordringen som kommer uten at kvalitetsnivået på tilbudet, samt mål om kvalitetsheving, faller.

1.1. Kommunale helse- og omsorgstjenester – hva er det?

Rapporten fokuserer på kommunehelse og -omsorg. Når vi benytter dette begrepet i rapporten omfatter dette alle helse- og omsorgstjenester som tilbys av kommune slik de er definert i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.», heretter referert til som helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenestelovens §3-1 fastslår at kommunene skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hvilke tjenester det stilles krav til at kommunene må tilby for å oppnå dette er listet opp i lovens §3-2 som er gjengitt her:

1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder:
    a. helsetjeneste i skoler og
    b. helsestasjonstjeneste
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder:
    a. legevakt,
    b. heldøgns medisinsk akuttberedskap,
    c. medisinsk nødmeldetjeneste, og
    d. psykososial beredskap og oppfølging.
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder:
    a. helsetjenester i hjemmet,
    b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt og
    c. plass i institusjon, herunder sykehjem.

Når vi refererer til det kommunale helse- og omsorgstilbudet er det altså alle disse tjenestene vi refererer til. Som det kommer frem av listen er det et bredt spekter av tjenester som kommunene er lovpålagt å tilby.

1.2. Mandat og avgrensinger

I rapporten fokuserer vi først og fremst på å kartlegge status og utvikling for økonomien i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Rapporten bygger på eksisterende offentlig tilgjengelig statistikk, spørreundersøkelser, forskning og rapporter.

Rapporten fokuserer på å gi svar på problemstillingene på et overordnet nivå. Rapporten er ikke ment som en effektevaluering av enkelttiltak eller enkelte reformer. Rapportens formål er å gi et oppdatert bilde av situasjonen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi foretar en drøfting av hva som kan gjøres

fremover for å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men det er ikke rapportens hensikt å formulere konkrete forslag til tiltak for å løse problemene som skisseres i rapporten.

1.3. Rapportens struktur og oppbygning

Rapporten har fem kapitler. I Kapittel 2 redegjør vi for utfordringene vi står overfor i årene som kommer. Ved hjelp av SSBs framskrivinger av arbeidsmarkedet for helse- og omsorgstjenester, NAVs bedriftsundersøkelse og en omfattende undersøkelse til brukere av offentlige tjenester gjennomført av DIFI viser vi at situasjonen har blitt verre de siste årene. Vi ser tydelige tegn til underbemanning og manglende kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette har ført til at kvaliteten i tilbudet har blitt svekket de siste årene. I tillegg ser vi på hvordan Norges kommunale helse- og omsorgstjenester måler seg med tilsvarende tjenester i andre land.

I kapittel 3 ser vi på hva som har blitt gjort de siste årene for å møte utfordringene som kommer. Vi foretar en kort gjennomgang av Samhandlingsreformen og andre satsinger og tiltak som har vært ment å styrke det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Deretter ser vi på hva tallene sier. Vi foretar en grundig gjennomgang av kommunenes økonomi med fokus på hvordan de kommunale utgiftene til helse- og omsorgstjenester har utviklet seg det siste tiåret. Vi ser også på hvordan pengene har blitt brukt og hvordan kommunene prioriterer når inntektene øker.

I kapittel 4 drøfter vi hva som kan gjøres for å bedre rigge helsevesenet mot den forventede etterspørsels-økningen som kommer i årene fremover. Her ser vi på den internasjonale forskningslitteraturen på feltet. I tillegg ser vi på hva vi kan lære av våre naboland.

Kapittel 5 trekker sammen funnene og konkluderer.

2. Utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstilbud

Kapittelsammendrag

Norge står overfor store budsjettutfordringer knyttet til den demografiske utviklingen i årene fremover: Befolkningen blir eldre samtidig som de eldre lever lenger. Dette legger sterkt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Framskrivinger gjennomført av SSB i 2012 viser at vi går mot en kraftig under-bemanning i helse- og omsorgssektoren frem mot 2035. Ifølge SSB vil det i 2035 mangle over 80 000 sykepleier-, helsefagarbeider- og jordmorsårsverk sett i forhold til behovet.

Allerede ser vi tydelige tegn til at SSBs scenarier er i ferd med å bli virkelighet. Vi finner en betydelig og tiltagende mangel på helsepersonell. Ifølge NAV er fire av de ti yrkene der det er størst mangel på arbeidskraft yrker innen helsesektoren. Sykepleiere har ligget på toppen av listen over yrker der det er størst mangel på arbeidskraft siden 2015. Videre har mangelen på helse- og omsorgsarbeidere blitt større de siste årene. Siden 2015 har man gått fra å mangle rundt 3000 sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefag-arbeidere til over 8000 i 2018.

Vi finner tydelige tegn på at kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er for lav. Dette rapporteres både av sykepleierne selv og av brukerne av tjenestene. Ni av ti sykepleiere opplever at det er behov for økt kompetanse innen ett eller flere diagnoseområder der de arbeider. Samtidig oppgir brukerne av tjenestene at de opplever at kompetansen er svekket, samt at de opplever at de ansattes evne til spesialtilpassing av tilbudet og oppfølging av brukerne er svekket.

Mangel på arbeidskraft og kompetanse går utover kvaliteten i tilbudet. Dette gjelder spesielt omsorgstjenestene som scorer blant de laveste på brukertilfredshet blant alle offentlige tjenestetilbud. Dette har ført til at brukernes tillit til omsorgtjenestene er svekket og at de føler seg mindre trygge i tjenesten.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er ikke verdens beste i sitt slag. Internasjonale sammenlikninger viser at Norge rangerer omtrent midt på treet. Alle de andre skandinaviske landene – Sverige, Danmark og Finland – rangerer høyere enn Norge. Norge kommer spesielt dårlig ut på økonomisk bærekraft og tilgang på arbeidskraft og kompetanse.

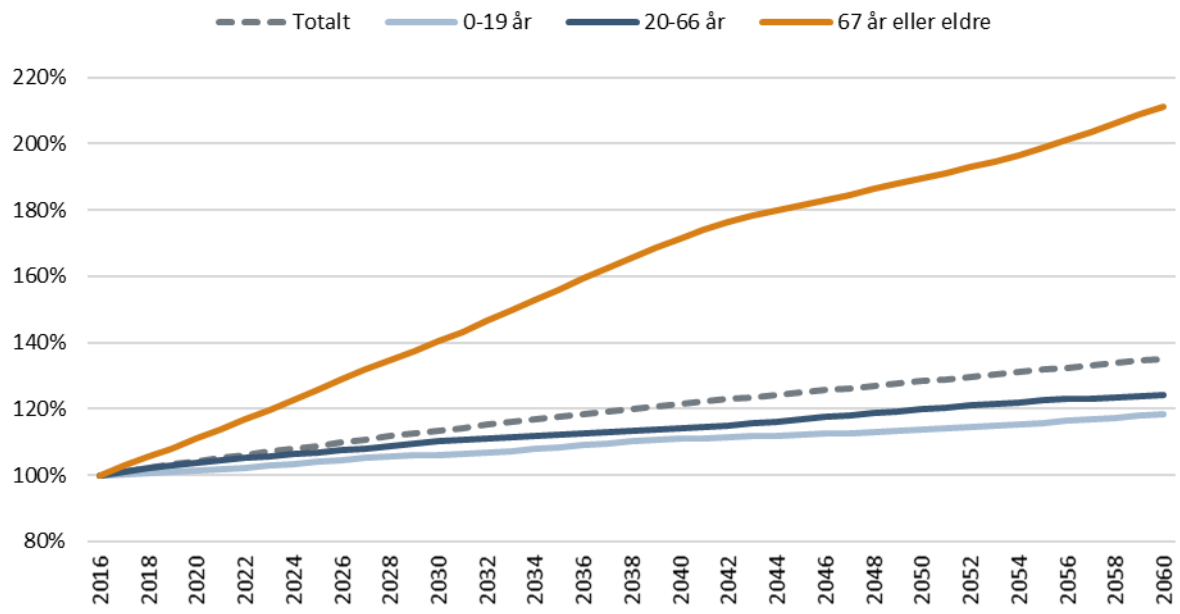
I dette kapittelet redegjør vi for utfordringene vi står overfor i årene som kommer. Vi vet at vi går mot en demografisk utfordring etterhvert som befolkningen lever lenger og blir eldre. Dette vil stille store krav til helse- og omsorgssektoren. I tillegg vil det stadig utvikles nye behandlingsmetoder og medisiner som vil kunne føre til at mer av behandlingen kan overføres til kommunene.

Først i kapittelet redegjør vi for hvordan forventninger til økt befolkningsvekst og en demografisk vridning mot en relativt eldre befolkning vil skape utfordringer og legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her er SSBs framskrivinger av arbeidsmarkedet for helse- og omsorgstjenester sentrale. De beregnet at vi fra 2010 til 2035 vil få et betydelig bemanningsunderskudd i kommunene. Deretter drøfter vi hvordan utviklingen har vært i årene etter SSBs framskrivinger ble utført. Her er NAVs bedriftsundersøkelse og DIFIs undersøkelse til brukere av offentlige tjenester relevante kilder. Til slutt i kapittelet drøfter vi kort hvordan en satsing på teknologiske løsninger vil bli viktig for det kommunale helse- og omsorgstilbudet i årene fremover.

2.1. Forventet demografisk utvikling vil legge press på hele helsevesenet

Det er ventet en kraftig økning i befolkningen de neste tiårene. Ifølge SSBs middelalternativ for befolknings-framskrivinger vil Norges befolkning være over 7 millioner i 2060.[3] Økningen skyldes i stor grad at forventet levealder ved fødsel har steget markant de siste hundre årene: ved starten av 1900-tallet var forventet levealder i Norge i overkant av 50 år – i dag ligger den rundt 80, ifølge tall fra SSB. Dette svarer til en gjennomsnittlig økning på rundt to år per tiår siden 1900. Videre er det ventet at forventet levealder vil fortsette å øke. Ifølge Keilman og Pham (2005) vil forventet levealder i Norge øke til 90 år for kvinner og 86 år for menn i 2060.

Figur 2-1: SSBs befolkningsframskriving mot 2060, middelalternativet (MMMM) for ulike aldersgrupper. Indeksert (N=2016). Kilde: SSB



Dette har to sentrale implikasjoner som påvirker helsesektoren: For det første vil befolkningen vokse ettersom det til enhver tid er flere mennesker i live. Dette betyr at det til enhver tid vil være flere potensielle brukere av de helsetjenestene som tilbys. For det andre vil befolkningen eldes over tid. Figur 2-1 viser SSBs befolknings-framskriving frem mot 2060 totalt (stiplet linje) og for ulike aldersgrupper. Vi ser at det er ventet en enorm vekst i antall personer i pensjonsalder (67 år eller eldre).

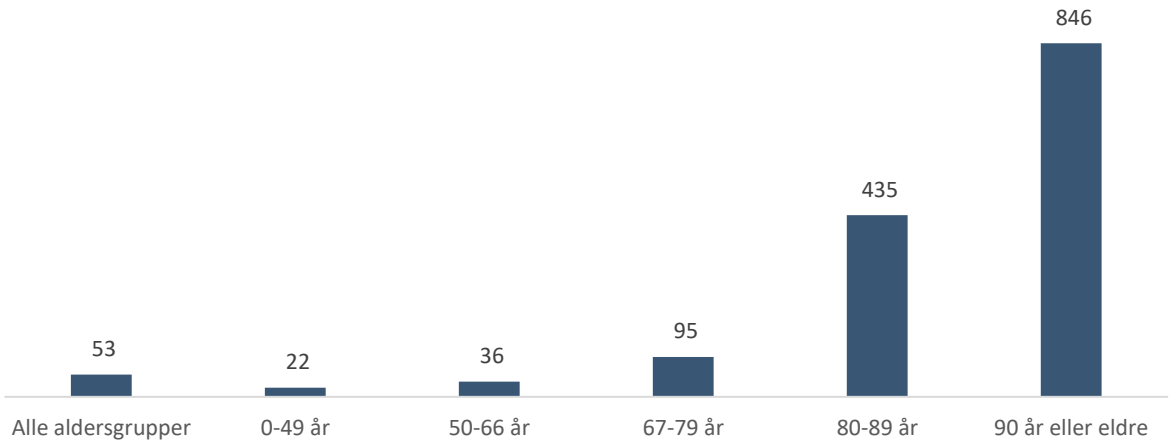
2.2. Konsekvenser for det kommunale helse- og omsorgstilbudet

En større befolkning og en høyere andel eldre i forhold til i dag vil legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. At vi blir flere vil kreve en utvidelse av tilbudet rett og slett fordi det blir flere innbyggere som, før eller siden, blir avhengige av helse- og/eller omsorgstjenester. Samtidig vil en eldre befolkning øke behovet for en oppskalering ytterligere. Figur 2-2 viser antall brukere av helse- og omsorgstjenester for ulike aldersgrupper i 2017. Figuren viser tall per 1000 innbyggere for å justere for ulik størrelse på befolkningen i de ulike aldersgruppene. Figuren viser tydelig at det er flere brukere av helse- og omsorgstjenester blant de eldre

[3] *SSB skiller mellom «lave», «middels» og «høye» antagelser knyttet til fire drivere for befolkningsvekst: fruktbarhet, dødelighet, innvandring og innenlandske flyktninger. Middelalternativet til SSB innebærer at det er lagt til grunn «middels» antagelser om disse verdiene. Middelalternativet refereres ofte til som MMMM der hver «M» svarer til en middels-antagelse knyttet til hhv. de fire faktorene.*

delene av befolkningen. For hele befolkningen samlet (alle aldersgrupper) er det 53 brukere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbyggere. Det betyr at 5,3 prosent av befolkningen er brukere av slike tjenester. Det er imidlertid stor variasjon når man ser på aldersgruppene. For personer i aldersgruppene over 67 år stiger antall brukere raskt. Dermed er det naturlig å forvente at antall brukere totalt sett i befolkningen vil øke fremover. Dette som en følge av at en større andel av befolkningen da vil være fra 67 år og eldre (Figur 2-1).

Figur 2-2: Brukere av helse- og omsorgstjenester per 1000 innbyggere for ulike aldersgrupper. Tall for 2017. Kilde: SSB



Tabell 2-1 viser SSBs estimat for helse- og omsorgsutgifter per innbygger for personer over og under 67 år. Som tabellen viser er kostnadene per innbygger om lag ti ganger så høye for de over 67 som de under 67. En eldre befolkning vil derfor medføre økte kostnader for samfunnet ettersom eldre i større grad er avhengige av helse- og omsorgstjenester.

Tabell 2-1: Estimerte utgifter til helse og omsorg, etter alder. Tall for 2011. Kilde: Ramm (2013)

Helse og omsorg, kr per innbygger 0-66 år	7 900
Helse og omsorg, kr per innbygger 67+ år	75 000

Dermed vil vridningen mot en eldre befolkning bli en sentral driver for den forventede økningen i etterspørsel etter helsetjenester fremover ettersom eldre i større grad er avhengige av helse- og omsorgstjenester. Selv om de eldre aldersgruppene i større grad er avhengige av helse- og omsorgstjenester – og dermed har høye utgifter per innbygger – er det de unge brukerne som har den dyreste behandlingen. Tabell 2-2 viser estimater fra Ramm (2013) på kostnader per mottaker av tjenestene. Vi ser at de yngre brukerne er langt dyrere å behandle. Det er imidlertid langt færre i disse aldersgruppene som er avhengig av behandling (se Figur 2-2), dermed er utgiftene per innbygger i denne aldersgruppen lavere (Tabell 2-1).

Tabell 2-2: Estimerte utgifter til hjemmetjenester, kroner per mottaker, Kilde: Ramm (2013)

0-66år	*67-79 år*	*80-89 år*	*90+ år*	*Alle aldersgrupper*
389 000	136 000	116 000	153 000	227 000

De siste årene har det blitt flere yngre med behov for helse- og omsorgstjenester. Ramm (2013) påpeker at det har kommet nye brukergrupper inn i tjenesten, hvorav de fleste er under 67 år. Mellom 1998 og 2011 var ni av ti nye mottakere av hjemmetjenester under 67 år. Dersom denne trenden fortsetter betyr det at vi vil få en ytterligere økning i behovet for helse- og omsorgstjenester som vil legge ytterliggere press på kommunene.

Videre er det to ytterligere faktorer som også vil bidra til å legge ekstra press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene fremover. For det første er det ventet at en stadig større del av behandlingen i helsevesenet vil gjennomføres utenfor sykehusene. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det ønskelig å flytte så mye som mulig av behandling ut av sykehusene ettersom dette generelt sett er kostnadsbesparende. Vi ser en tydelig trend mot at man i Norge og andre europeiske land behandler stadig flere sykdommer utenfor sykehus (Masseria et. al., 2009). Dette vil imidlertid medføre økt behov for kapasitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesielt i form av økt kompetanse for å gjennomføre nye typer behandlinger.

For det andre vil nye medisinske fremskritt også kunne bidra til økt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I årene fremover er det naturlig å forvente at medisinske fremskritt vil gjøre det mulig å gi bedre og mer effektiv behandling. Man vil både evne å redde flere liv, flere som i dag er avhengige av sykehusopphold for behandling kan unngå dette, og sykehusopphold vil kortes ned. For mange vil dette imidlertid bety økt behov for rehabilitering og helse- og omsorgsoppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten – altså i de kommunale helsetjenestene. Dette vil dermed kunne drive opp behovet for bemanning og spesialkompetanse i kommunene.

Oppsummert er det dermed tre hoveddrivere som vil legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene fremover:

1. Demografisk utvikling: Det forventes en større befolkning, samt en dreining mot en relativt eldre befolkning. Kort sagt vil det bli flere syke og pleietrengende som trenger behandling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som følge av at folk lever lenger.
2. Flere behandlingsløp vil flyttes ut av sykehusene
3. Medisinske fremskritt vil øke overlevelsen, samt redusere sykehusopphold, men øke behov for rehabilitering og andre tjenester som tilbys i kommunen.

Samlet vil disse driverne legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil særlig skape utfordringer knyttet til bemanning og kompetanse. I det følgende går vi nærmere inn på disse utfordringene og forsøker å belyse størrelsen på disse utfordringene – og dermed også behovet for å ta tak i disse utfordringene.

2.2.1. Det forventes kraftig mangel på helse- og omsorgsarbeidere i årene fremover

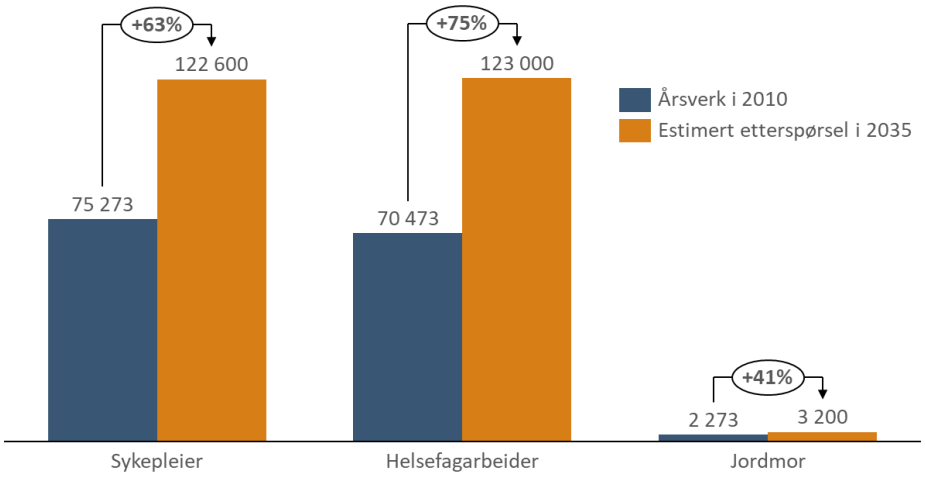
Som nevnt vil morgendagens utfordringer stille krav til sysselsettingsvekst i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Behovet for økt sysselsetting i den kommunale helse- og omsorgssektoren er beregnet av SSB (2012). SSB benytter en omfattende modell (HELSEMOD) for å beregne hvordan tilbud og etterspørsel etter helse og omsorgsårsverk vil utvikle seg. Sentrale faktorer som inngår i beregningene av behovet (etterspørselen) for helse- og omsorgstjenester er:

- Forventet utvikling i befolkningens størrelse og sammensetning
- Brukerfrekvenser (kjønn og alder) i ulike deler av helse- og omsorgstjenestene
- Forutsetninger om økonomisk vekst
- Økning i etterspørselen som konsekvens av vedtatte og planlagte reformer

De to første av disse punktene er knyttet til den forventede demografiske utviklingen og problemstillingene knyttet til dette som vi diskuterte over. De to siste er knyttet til vekst utover det som følger av befolkningsutviklingen. Alle disse faktorene vil påvirke behovet for helse- og omsorgspersonell i tiden fremover.

Resultatene for forventet etterspørselsøkning for utvalgte faggrupper innen helse- og omsorg er vist i Figur 2-3 under.[4] Som figuren viser forventes det en kraftig vekst i etterspørsel etter alle faggruppene. Det er ventet å være behov for om lag 63 prosent flere sykepleierårsverk, 70 prosent flere helsefagarbeiderårsverk og 41 prosent flere jordmorsårsverk i 2035 relativt til 2010. Dette tilsvarer over 100 000 flere årsverk totalt sett.

Figur 2-3: Forventet vekst i etterspørselen etter utvalgte faggrupper, målt i årsverk. Kilde: SSB (2012)



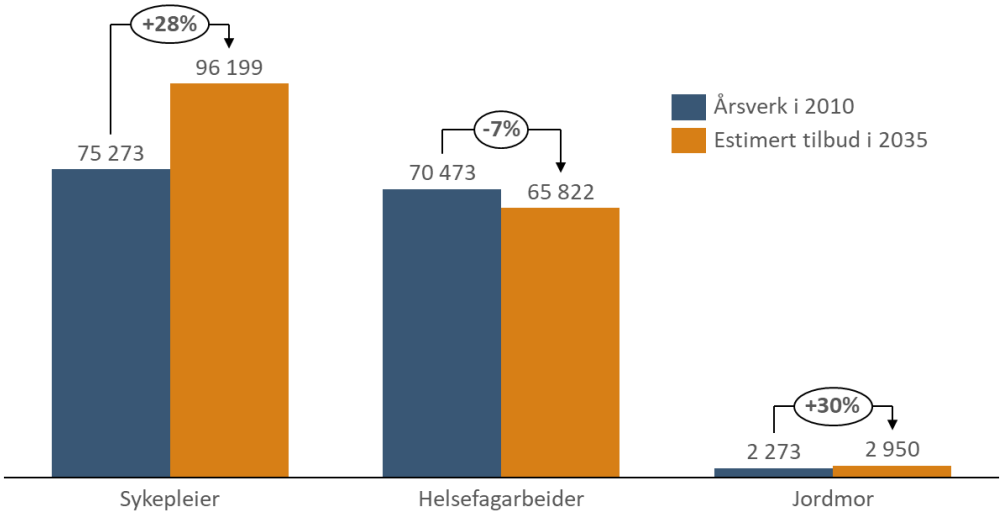
SSB beregner også forventet økning i arbeidstilbudet for de ulike gruppene. Det vil si hvor mange flere årsverk vi kan vente at vil tilbys fra befolkningen. I disse beregningene inngår følgende faktorer:

- Studentopptak
- Studiefullføring
- Avgang ved død
- Yrkesdeltakelse
- Gjennomsnittlig arbeidstid

Resultatet av beregnet arbeidstilbud for sykepleiere, helsefagarbeidere, og jordmødre er vist i Figur 2-4. SSB anslår at arbeidstilbudet av sykepleiere vil være rett i underkant av 100 000 i 2035 – en økning på 28 prosent. Tilsvarende prosentvis økning er ventet for jordmødre, men for helsefagarbeidere ventes arbeidstilbudet å reduseres med 7 prosent.

[4] *SSB vurderer ulike scenarier for hvordan utviklingen vil bli. Her gjengir vi kun resultatene fra scenariet «Samhandlingsreformen». For resultater knyttet til de øvrige scenariene vises det til SSBs utredning.*

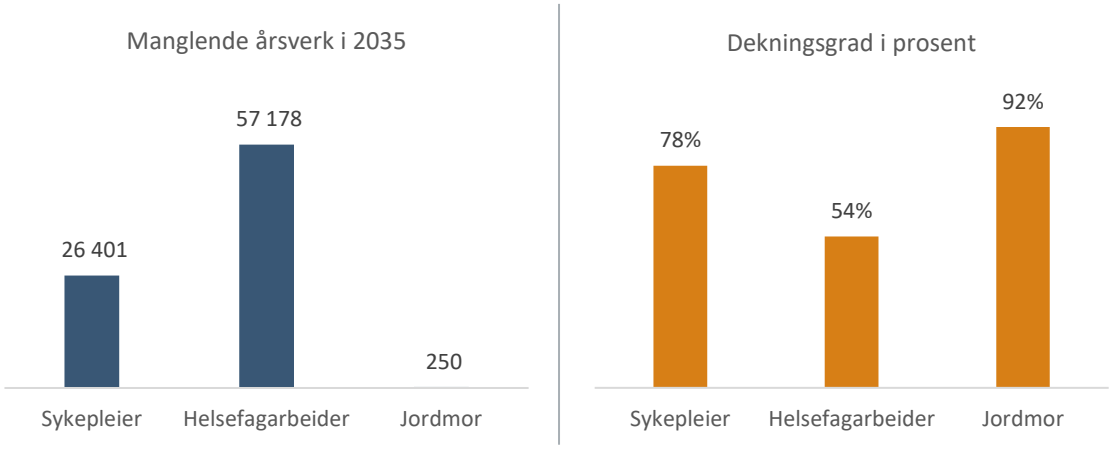
Figur 2-4: Forventet vekst i arbeidstilbudet for utvalgte faggrupper, målt i årsverk. Kilde: SSB (2012)



Sammenlikner vi Figur 2-3 og Figur 2-4 ser vi dermed at vi går mot en situasjon der etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren er ventet å øke *mer* enn tilbudet. Dette betyr med andre ord at vi vil få bemanningsmangel i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer. Figur 2-5 viser misforholdet mellom etterspurte og tilbudte årsverk for sykepleiere, helsefagarbeidere og jordmødre i 2035 dersom SSBs framskrivinger er riktige. Diagrammet til venstre i figuren viser estimert antall årsverk som vil mangle for de ulike yrkesgruppene, mens diagrammet til høyre viser dekningsgraden – hvor mye av behovet (etterspørselen) etter arbeidskraft som er estimert at man evner å dekke.

Som det kommer frem av Figur 2-5 er mangelen på arbeidskraft ventet å bli betydelig. Det vil bli et underskudd på arbeidskraft for alle yrkesgruppene. Underskuddet vil være størst for helsefagarbeiderne – her er det ventet at man vil mangle nær halvparten av den arbeidskraften som er nødvendig. For sykepleiere blir det også et stort underskudd – man vil mangle 26 000 sykepleiere og kun evne å skaffe drøyt tre fjerdedeler av de sykepleierne man venter at er nødvendig. For jordmødre er ventet det minste underskuddet – her vil man mangle 250 årsverk.

Figur 2-5: Estimert underskudd i arbeidstilbudet for ulike faggrupper (årsverk). Kilde: SSB (2012)



SSBs beregninger gir et bilde på hvor store utfordringer vi står overfor som følge av de demografiske utfordringene som drøftes over. Som med alle framskrivinger er det naturligvis usikkerhet knyttet til estimatene – og det er derfor viktig å tolke dette som et bilde på hvilke proporsjoner det er snakk om fremfor nøyaktige

anslag. Det er også viktig å presisere at SSB sine beregninger inkluderer framskrivinger for hele helsevesenet. Altså ikke bare de kommunale helse- og omsorgstjenestene, men også for spesialisthelsetjenesten. Dermed vil en andel av underskuddet for sykepleierårsverk ramme spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid naturlig å forvente at en betydelig andel av underskuddet vil ramme kommunene. For jordmødre og helsefagarbeidere vil brorparten av underskuddet ramme det kommunale helse- og omsorgstilbudet ettersom disse yrkesgruppen i all hovedsak arbeider utenfor spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes Sentralforbund (KS) gjennomførte i 2016 framskrivinger av arbeidsmarkedet for kommunale tjenester de neste ti årene – altså frem mot 2026.[5,6] Resultatene viser i stor grad det samme som SSB sine beregninger. Det vil bli stor vekst i behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. KS' framskrivinger omhandler imidlertid kun kommunale årsverk – her er derfor spesialisthelsetjenesten holdt utenfor i motsetning til i SSBs beregninger. KS estimerer at det vil være behov for om lag 24 prosent flere årsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene i 2026 relativt til 2016. Videre finner de at det må ansettes om lag 30 000 personer i sektoren årlig frem til 2026 dersom man skal evne å dekke behovet fullt ut.

Framskrivinger av arbeidsmarkedet viser dermed tydelig at vi kommer til å gå mot en betydelig bemannings-utfordring i helse- og omsorgssektoren. Dersom vi ikke evner å møte denne utfordringen vil dette gå utover tilbudet og vi står i fare for at kvaliteten på tilbudet forringes. Dette vil også kunne medføre en todeling av helsevesenet der de som har råd kjøper seg ut av køer og til helse- og omsorgstjenester i det private eller i andre land.

2.2.2. Allerede ser vi tegn til underbemanning, mangel på kompetanse og svekket kvalitet

Beregningene til SSB er fra 2012. Det har altså gått over fem år. Allerede ser vi tegn til at beregningene stemmer. NAV gjennomfører årlig en bedriftsundersøkelse der de avdekker innen hvilke sektorer og yrker det er mangel på arbeidskraft. Undersøkelsen kartlegger etterspørselssiden i det norske arbeidsmarkedet. Det vil si hvor stort behovet for arbeidskraft er i ulike sektorer.[7]

Helse- og omsorgsyrker har ligget på toppen av listen i alle årene undersøkelsen har blitt utført. Figur 2-6 viser de 15 yrkene med høyest mangel på arbeidskraft i 2018-undersøkelsen. Helse- og omsorgsyrker er markert med oransje. Sykepleiere ligger på toppen av listen og skiller seg markant fra de andre. I 2018 manglet det over 4500 sykepleiere ifølge NAVs undersøkelse. Sykepleierne har ligget på toppen av listen siden den første undersøkelsen i 2015.

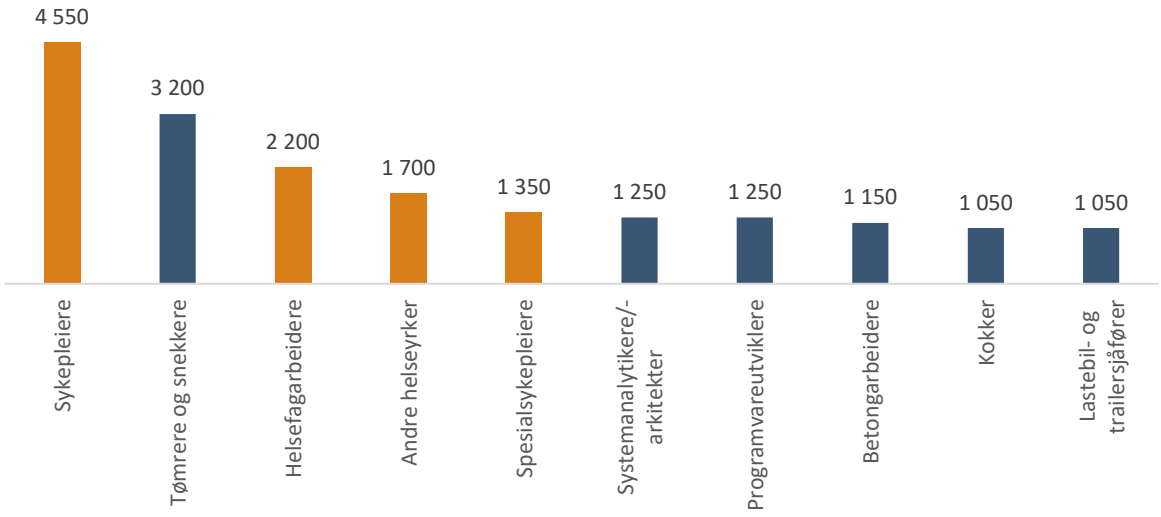
---

[5] *KS beregninger er basert på KS' PAI-register (Personaladministrativt informasjonssystem) som inneholder informasjon om lønn, arbeidstid, stillingskode og fravær for alle arbeidstakere i kommunal sektor, samt SSBs befolkningsframskrivinger.*

[6] *Rekrutteringsbehov i KS-regionene fram mot 2026, tilgjengelig på: http://www.ks.no/contentassets/cad1a884568248e2a435c45405cd907d/rekrutteringsbehov_regioner.pdf?id=53518*

[7] *Undersøkelsen sendes ut til et utvalg av virksomheter fra Bedrifts- og foretaksregisteret med mer enn 400 ansatte. I tillegg er alle virksomheter med mer enn 100 ansatte i næringene offentlig forvaltning, undervisning, helse- og sosialtjenester og personlig tjenesteyting med i utvalget. Det betyr at de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt spesialisthelsetjenesten er inkludert i undersøkelsen.*

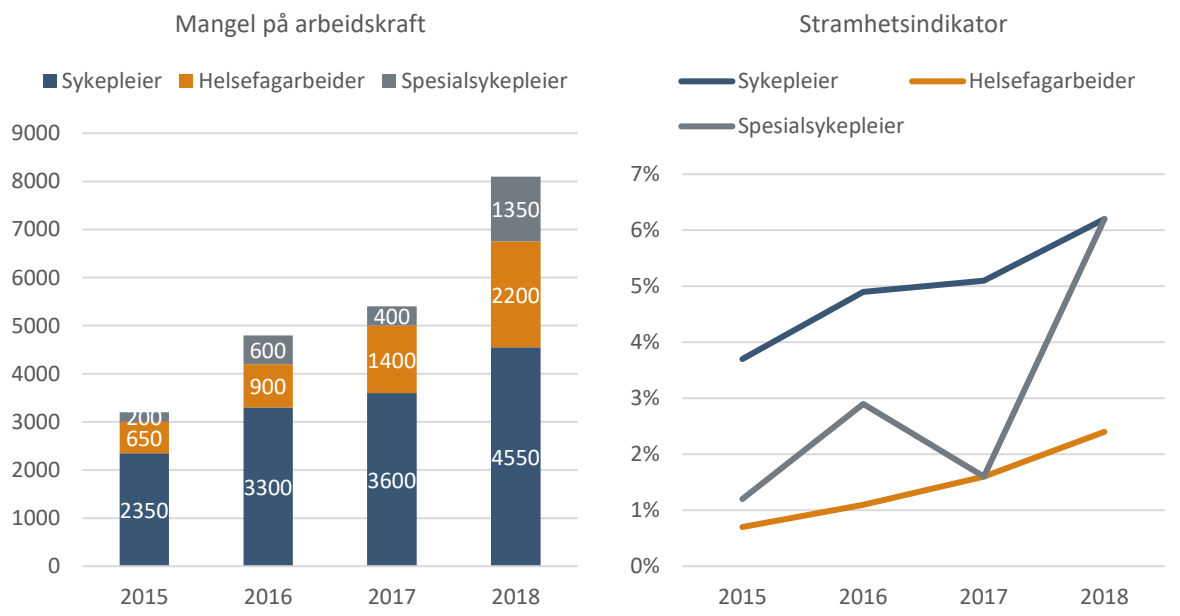
Figur 2-6: De ti yrkene der det er størst mangel på arbeidskraft. Kilde: NAVs Bedriftsundersøkelse (2018)



NAVs undersøkelse har blitt gjennomført årlig siden 2015. Når vi ser på utviklingen over tid ser vi at situasjonen har blitt verre de siste fire årene. Diagrammet til venstre i Figur 2-7 viser utviklingen for sykepleiere, spesialsykepleiere og helsefagarbeidere. Siden 2015 har mangelen på personell i disse yrkene mer enn doblet seg. Innen alle yrkene har det vært vekst i behovet. Sykepleiere er det det er størst mangel på – og vi ser at mangelen på sykepleierårsverk er doblet siden 2015.

Diagrammet til venstre i Figur 2-7 viser det NAV kaller «stramhetsindikatoren» innen yrket. Denne måler forholdet mellom mangelen på arbeidskraft og ønsket sysselsetting der ønsket sysselsetting er den faktiske sysselsettingen pluss mangelen. Et høyt forholdstall indikerer et stramt arbeidsmarked, noe som isolert sett indikerer et problem med å rekruttere arbeidskraft til virksomhetene (NAV 2018). Som Figur 2-7 viser har det vært en økning i stramhetsindikatoren for alle de tre yrkesgruppene. Dette betyr at det i denne fireårsperioden har blitt vanskelig å rekruttere. Dette gjelder spesielt for sykepleierne, der indikatoren er størst.

Figur 2-7: Resultater fra NAVs bedriftsundersøkelser, 2015-2018. Kilde: NAV



Mangel på kompetanse

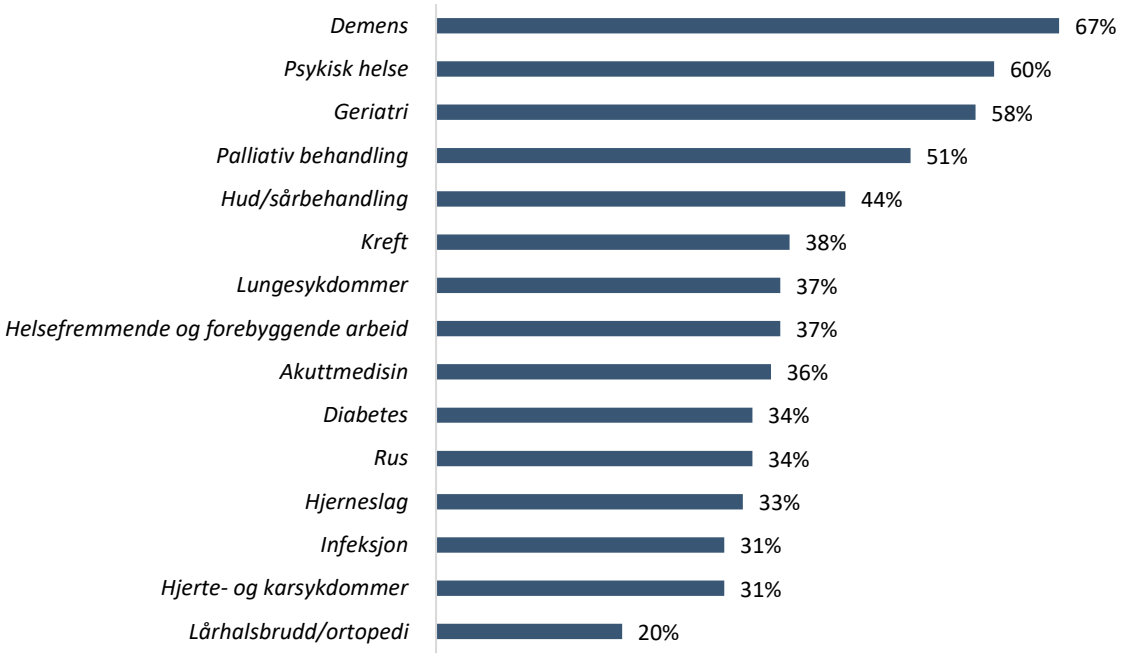
Som nevnt er det ønskelig at de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal kunne ta seg av mer av behandlingen som i dag foregår i spesialisthelsetjenesten. Dette vil både frigjøre kapasitet i spesialisthelsetjenesten, samtidig som dette kan redusere de samlede helseutgiftene. Dette krever en systematisk satsing på kompetanseheving og -overføring til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Bemanningssituasjonen skaper imidlertid problemer. Som nevnt vil befolkningsvekst samt dreining mot en relativt eldre befolkning medføre at etterspørselen etter personell i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil overgå tilbudet. Dette vil føre til ytterligere utfordringer med den generelle bemanningssituasjonen, men også kunne medføre et kompetanseunderskudd. Dette er problematisk i seg selv, men problemet forsterkes ettersom ønsket om å overføre ansvar for behandling til de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil stille sterkere krav til kompetanse i kommunene.

Allerede ser vi tegn til mangel på kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Telemarksforsking (2015) har gjennomført en spørreundersøkelse blant norske sykepleiere i den kommunale helse- og omsorgssektoren der de blant annet stiller spørsmål om sykepleiernes opplevelse av kompetansenivået der de jobber. 2 705 sykepleiere svarte på spørreundersøkelsen.

Hele syv av ti av sykepleierne som har svart på undersøkelsen mener det trengs mer kompetanse i form av flere med videreutdanning eller mastergrad der de arbeider. Det kommer også frem at et flertall mener antallet ufaglærte ved arbeidsplassen er for høyt – seks av ti hevder dette. Halvparten av respondentene mener også det er for få sykepleiere, helsearbeidere og leger der de arbeider.

Figur 2-8: På hvilke områder vurderer du at det er behov for økt kompetanse? Flere kryss mulig. N=2673. Kilde: Telemarksforskning (2015)



Respondentene ble også bedt om å oppgi på hvilke felter de mener det er viktigst å styrke kompetansen. Resultatene fra dette spørsmålet er oppgitt i Figur 2-8. Det var mulig å krysse av på flere svaralternativer. Samlet oppgir hele ni av ti at det er behov for økt kompetanse innen én eller flere av diagnoseområdene. De fem

områdene der respondentene i størst grad er enige om at det er behov for økt kompetanse er demens, psykisk helse, geriatri, palliativ behandling og hud/sårbehandling.

Kvaliteten i tjenestetilbudet står på spill

Når kompetansen ikke strekker til, og man samtidig er underbemannet, truer dette kvaliteten på tjenestene som leveres. Dette er først og fremst en utfordring sett i lys av fremtidens demografiske utfordring, men det er allerede tegn til at kvaliteten på tjenestene er manglende.

Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) gjennomfører en undersøkelse annethvert år der de spør befolkningen om deres opplevelse av kvaliteten i det offentlige tjenestilbudet langs en rekke indikatorer. Undersøkelsen dekker en rekke tjenester, som er kategorisert i fire hovedområder: Utdanning og kultur, helse, omsorg og myndighetsorganer. Innen helse tar undersøkelsen for seg kvaliteten i tilbudet på fastlege-, sykehus-, helsestasjons- og legevakttjenesten. Innen omsorg vurderes hjemmesykepleie, omsorgsbolig, hjemmehjelp og sykehjem.

Innbyggerundersøkelsen har to deler. Den ene delen retter seg mot innbyggere som har erfaring med bruk av tjenestene, heretter kalt brukere, mens den andre retter seg både mot innbyggere med og uten erfaring med bruk av tjenestene. I det følgende vil vi konsentrere oss om resultatene fra brukerdelen av undersøkelsen.

Den overordnede brukertilfredsheten med det offentlige tjenestetilbudet er god. På spørsmål om samlet tilfredshet med tjenestene er det ingen av tjenestene der brukerne samlet sett (gjennomsnitts-besvarelsen) er misfornøyde med tilbudet. Det er allikevel stor variasjon i tilfredshetsnivå mellom de ulike tjenestene. Spesielt ser vi en misnøye med omsorgstjenestene. Samlet sett får omsorgs-tjenestene – altså hjemmesykepleie, omsorgs-boliger, hjemmehjelp og sykehjem – dårligst score blant alle tjenestene i brukerundersøkelsen. Sykehjem kommer spesielt dårlig ut og rangeres blant de aller dårligste offentlige tjenestetilbud målt i brukertilfredshet.[8]

Videre ser vi at brukernes tilfredshet med flere av omsorgstjenestene har falt. Dette gjelder både sykehjem, omsorgsboliger og hjemmehjelp. For disse tjenestene oppgir brukerne i gjennomsnitt at de er «delvis fornøyd» med tjenesten i 2017. Tjenestene rangeres i følgende kategorier «misfornøyd», «nøytral», «delvis fornøyd», «fornøyd» og «svært fornøyd». Svarene er rangert på en skala fra 0-100 poeng der:

Distinksjonen mellom helse- og omsorgstjenester

I DIFI sin undersøkelse er følgende tjenester klassifisert som hhv. helsetjenester og omsorgstjenester:

Helsetjenester	***Omsorgstjenester***
Fastlege	*Hjemmesykepleie*
Sykehus	*Omsorgsbolig*
Helsestasjon	*Hjemmehjelp*
Legevakt	*Sykehjem*

Som vi ser er altså spesialisthelsetjenesten inkludert under helsetjenester, mens omsorgstjenestene kun inkluderer kommunale tjenester. Skillet mellom helse- og omsorgs-tjenester er imidlertid ikke vanntett og man kan stille spørsmål ved hvorvidt det er mulig å gjøre denne distinksjonen. For eksempel vil alle de fire omsorgstjenestene innebefatte viktig helsefremmende og forebyggende arbeid. Når DIFIs undersøkelse viser at omsorgstjenesten kommer dårlig ut relativt til andre offentlige tjenestetilbud må dette tolkes som at den delen av det kommunale helse- og omsorgstilbudet som DIFI har definert som omsorgstjenester kommer dårlig ut.

[8] *Kun plan- og bygningskontoret og NAV kommer dårligere ut – begge disse i kategorien «myndighetsorganer».*

- 0-50: Misfornøyd til nøytral
- 51-70: Delvis fornøyd
- 71-80: Fornøyd
- 81-100: Svært fornøyd

I tidligere år undersøkelsen har blitt gjennomført har responsen for alle omsorgstjenestene vært «fornøyd», i gjennomsnitt. I 2017 er det kun hjemmesykepleie-tjenesten som oppnår dette resultatet. For omsorgsbolig- og sykehjemstjenesten har det vært en jevn nedgang siden hhv. 2010 og 2013, mens for hjemmehjelptjenesten har det vært noe opp og ned. Sykehjemmene har hatt den største tilbakegangen fra 2015 til 2017 blant alle tjenestene som inngår i undersøkelsen – en nedgang på syv poeng. Ingen av omsorgstjenestene har oppnådd «svært fornøyd» noen av årene undersøkelsen har blitt gjennomført.

Undersøkelsen spør også brukerne i mer detalj om en rekke indikatorer. Responsen på disse svarene kan bidra til å forklare hva som gjør at omsorgstjenestene kommer så dårlig ut i undersøkelsen. Vi gjengir her kort resultatene for de mest relevante faktorene.

***Tilliten til omsorgstjenestene er svekket*:** På spørsmål om brukerne har tillit til tjenesten er mønsteret det samme som for totaltilfredsheten. Vi ser at omsorgstjenestene scorer lavt, samt at situasjonen har blitt dårligere siden 2010. Dette betyr at brukernes tillit til omsorgstjenestene har blitt svekket siden 2010. Den svekkede tilliten er størst for sykehjem – ingen av de andre offentlige tjenestetilbudene har hatt en større reduksjon i brukernes tillit siden forrige undersøkelse i 2015. Undersøkelsen kartlegger også i hvilken grad brukerne vil omtale tjenestene positivt. Her er tendensen den samme. Vi ser en tendens mot at brukerne vil omtale omsorgstjenestene mindre positivt enn tidligere. Den største nedgangen fra forrige spørreundersøkelse er for sykehjem og hjemmehjelp.

Ventetiden er for lang: Brukerne ble spurt om hvor fornøyde de er med ventetiden på å få tilgang på de ulike tjenestene. Dette er en av indikatorene der helse- og omsorgstjenestene scorer lavest. Relativt sett scorer alle tjenestene i disse kategoriene lavere enn for de andre indikatorene. Dette gjelder spesielt omsorgsboliger og sykehjem som får hhv. 56 og 52 poeng.

Brukerne opplever svekket kompetanse: Undersøkelsen ber brukerne om å ta stilling til i hvilken grad de opplever at de ansattes faglige kompetanse er tilstrekkelig. Alle de fire omsorgstjenestene som er med i undersøkelsen får lavere score enn i forrige undersøkelse.

Ansattes evne til spesialtilpassing av tilbudet, samt oppfølging av brukerne er svekket: For alle omsorgstjenestene og flere av helsetjenestene ser vi at brukernes opplevelse av de ansattes evne til oppfølging har blitt svekket siden tidligere undersøkelser. Videre viser undersøkelsen at de ansatte i omsorgstjenestene i mindre grad enn før evner å møte brukernes behov dersom det oppstår situasjoner utenom det vanlige. Brukerne opplever også at de ansatte i mindre grad enn før evner å spesialtilpasse tilbudet ut fra brukernes egne behov.

Brukerne av omsorgstjenester føler seg mindre trygge i tjenesten: På spørsmål om hvor trygge brukerne er i tjenesten ser vi at svarene viser en nedgang for alle omsorgstjenestene. For helsetjenestene gir brukerne i snitt høyest score («svært fornøyd») – og vi ser at det har vært en styrket følelse av trygghet de siste årene. Situasjonen er derimot motsatt for omsorgstjenestene – her har det vært en nedgang fra 2013.

Svarene fra brukerundersøkelsen er nokså tydelige. For flesteparten av indikatorene ser vi at omsorgstjenestene scorer lavt relativt til andre offentlige tjenestetilbud. Videre ser vi en tydelig nedadgående trend: Tjenestene scorer lavere enn ved tidligere undersøkelser.

Sett i lys av den demografiske utviklingen som forventes og av SSBs forventninger om at vi går mot et stort bemanningsunderskudd er det viktig å ta resultatene fra spørreundersøkelsen på alvor. Svarene i bruker-undersøkelsen til DIFI, samt resultatene fra spørreundersøkelsen til Telemarksforsking, hinter om at enkelte av de problemene vi forventer i fremtiden som følge av et underskudd av helse- og omsorgsarbeidere i kommunene allerede gjør seg gjeldende. Dersom vi skal møte morgendagens utfordringer og samtidig heve kvaliteten på tjenestene vil dette kreve at vi tar grep i dag.

2.2.3. Behov for satsing på teknologiske løsninger for å lette bemanningsproblematikken

Den ventede demografiske utviklingen diskutert i dette kapittelet viser at vi går mot en svært vanskelig situasjon i tiårene fremover. Allerede nå ser vi tegn at det kommunale helse- og omsorgstilbudet ikke strekker til: det er underbemanning, mangel på tilstrekkelig kompetanse og brukernes tilfredshet med tjenestene har blitt svekket de siste årene.

Det er behov for å snu denne trenden. Det er imidlertid vanskelig å se for seg at problemene kan løses ved hjelp av bemanning alene. I Menon (2017) argumenterte vi for at man er nødt til å øke satsingen på investeringer i teknologi og utstyr i spesialisthelsetjenesten dersom man skal kunne ha håp om fortsatt tilby et helsevesen med tilstrekkelig kapasitet der det også satses på kompetanse- og kvalitetsheving.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det vanskelig å se for seg at teknologiske fremskritt kan spille samme rolle som spesialisthelsetjenesten. Man kan i mindre grad overlate behandling til maskiner, utstyr og annen teknologi. Det medmenneskelige aspektet er en svært viktig del av behandlingen i dag – og slik vil det også være i fremtiden. Investeringer i teknologi vil allikevel kunne bli et viktig ledd i å sikre et mer effektivt helse- og omsorgstilbud i kommunene. Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til å redusere pleiebehovet for eldre og andre pleietrengende slik at man kan bo lenger hjemme og unngå å legges inn på institusjon.

Stadig flere kommuner implementerer slike løsninger og effektene av velferdsteknologi blir i økende grad dokumentert. Et eksempel på dette er kommunene i Listerregionen, som etter implementering av en rekke velferdsteknologiske tjenester fant at de reduserte antallet institusjonsdøgn med 1 400 (NOU 2016: 3). Likeledes ble det beregnet at både antallet liggedøgn og polikliniske konsultasjoner blant pleietrengende ble redusert med over en tredel etter et forsøksprosjekt med velferdsteknologiske løsninger i fire bydeler i Oslo i 2014.[9]

Ved å satse på velferdsteknologiske løsninger kan man lette arbeidet for helse- og omsorgsarbeiderne i kommunene og gjøre bemannings- og kompetansebehovet mer håndterbart. Teknologiens rolle i de kommunale helse- og omsorgstjenestene vil derfor først og fremst være å *redusere* behovet for bemanning og kompetanse som skisseres ut i dette kapittelet. Dersom man skal evne å løse utfordringene vi står overfor de neste tiårene er man nødt til å tenke helhetlig – man må vurdere hvordan man kan legge opp til et samspill mellom en satsing på

[9] *Se rapport fra Intro International og Arkitektur- og designhøgskolen i Oslo: Velferdsteknologi i Sentrum – Innføring av velferdsteknologi i sentrumsbydelene i Oslo, tilgjengelig på: https://helsedirektoratet.no/Documents/Velferdsteknologi/Velferdsteksnologi%20i%20sentrum_delleveranse%202%20av%202.pdf*

bemanning, kompetanse og teknologi på en måte som skaper synergier og som maksimerer den enkelte helse- og omsorgsarbeiders potensial for å løse sine oppgaver.

2.3. Det norske tilbudet i et internasjonalt perspektiv

I dette delkapittelet retter vi fokus mot hvordan Norges kommunale helse- og omsorgstjenester presterer målt opp mot andre land. Det snakkes ofte om at Norge har et av verdens beste helsetilbud. Allikevel er det, som vi vil forsøke å demonstrere i dette delkapittelet, rom for forbedringer.

Sammenlikninger mellom land av den delen av helsesektoren som vi i Norge refererer til som de kommunale helse- og omsorgstjenester er vanskelig ettersom det er svært forskjellig hvordan denne delen av helsevesenet er organisert fra land til land (se e.g. Grimsmo og Magnussen, 2015)). Norge skiller seg spesielt ut ved at vi har organisert denne delen av helsesektoren på kommunalt nivå – mens andre land ikke nødvendigvis har den samme inndelingen i fylker og kommuner, men benytter andre regionale inndelinger. Av den grunn vil vi her benytte begrepet «primære helse- og omsorgstjenester» fremfor kommunale helse- og omsorgstjenester når vi sammenlikner de norske tjenestene med tjenestene i andre land.[10]

2.3.1. Det er et betydelig omfang av unngåelige sykehusinnleggelser i Norge

Figuren under viser antallet unngåelige sykehusinnleggelser, som skyldes komplikasjoner knyttet til astma eller KOLS, per 100 000 innbyggere i OECD-land. Med unngåelige sykehusinnleggelser menes innleggelser på sykehus som kunne vært unngått – altså innleggelser der det er mulig for pasientene å få behandling utenfor sykehus. Pasientene kunne isteden ha fått behandling i de primære helse- og omsorgstjenestene og innleggelse hadde ikke vært nødvendig. Et sentralt mål for den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge (og for primære helse- og omsorgstjenester i de aller fleste andre land) er å kontrollere og begrense behandling og innleggelser ved sykehus. Lett tilgang til helsehjelp av god kvalitet forhindrer nettopp unødvendige innleggelser og komplikasjoner og er forebyggende for lignende komplikasjoner ved en senere anledning. Utover å heve livskvaliteten for pasientene, som unngår å legges inn, er også dette mer kostnadseffektivt for helsesystemet i sin helhet.

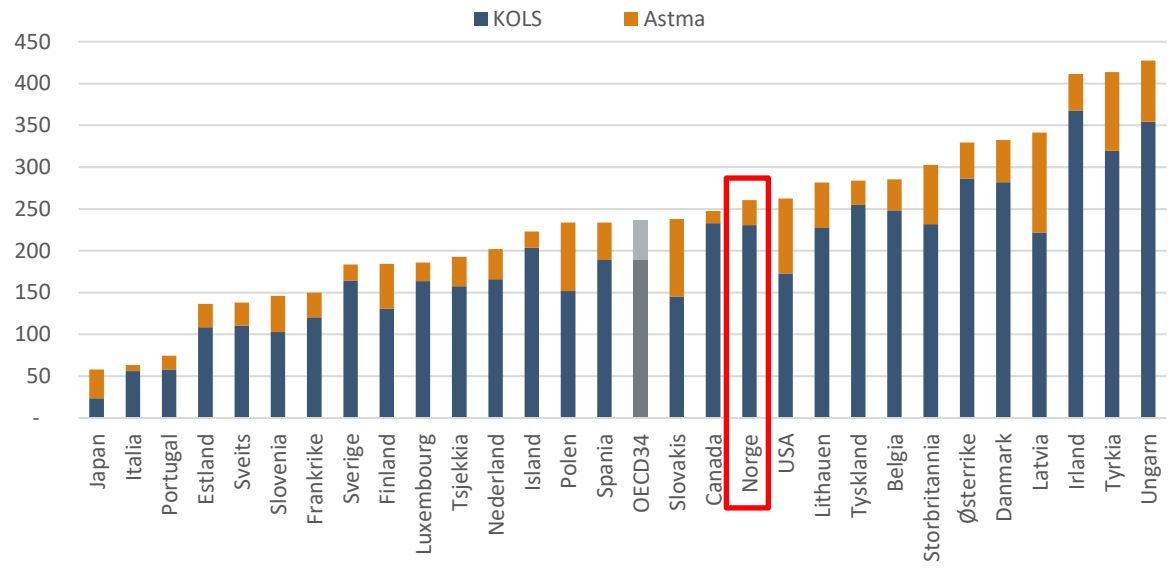
Som det fremgår av Figur 2-9 ligger Norge over gjennomsnittet for OECD-landene hva angår slike unngåelige sykehusinnleggelser knyttet til komplikasjoner med KOLS og astma. Av landene i Norden har Danmark en enda høyere andel slike innleggelser enn Norge, mens de tre andre landene i Norden alle ligger lavere. Det kan innvendes at prevalensen av unngåelige sykehusinnleggelser alene ikke gir grunnlag for si at den relative kvaliteten på den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge er lav. Denne sammenhengen, mellom unngåelige sykehusinnleggelser og tilgangen til gode helsetjenester på lokalt nivå, er imidlertid undersøkt i en rekke forskningsartikler. Rosano m. fl. (2012) har gjennomført en metastudie basert på 51 studier som har undersøkt sammenhengen mellom unngåelige sykehusinnleggelser og tilgangen til gode primærhelsetjenester. Metastudien dokumenterer at en klar overvekt av studiene som er gjort på dette området finner at gode og lett tilgjengelige helsetjenester reduserer forekomsten av unngåelige sykehusinnleggelser.

---

[10] *I den internasjonale forskningslitteraturen benyttes begrepet primary care for det vi i Norge kaller de kommunale helse- og omsorgstjenestene, mens secondary care og tertiary care benyttes for spesialisthelsetjenesten.*

Rangeringen av forekomsten av unngåelige sykehusinnleggelser i Figur 2-9 under gir dermed et bilde på at den kommunale helsetjenesten i Norge ikke nødvendigvis er blant de beste og lettest tilgjengelige blant landene i OECD.

Figur 2-9: Unngåelige sykehusinnleggelser for voksne pasienter med komplikasjoner knyttet til KOLS eller astma, per 100 000 innbyggere (antallet er korrigert for kjønns- og alderssammensetning). Kilde: OECD/Health at a glance 2017.



2.3.2. Den norske kommunale helse- og omsorgssektoren kommer dårlig ut i internasjonale sammenlikninger

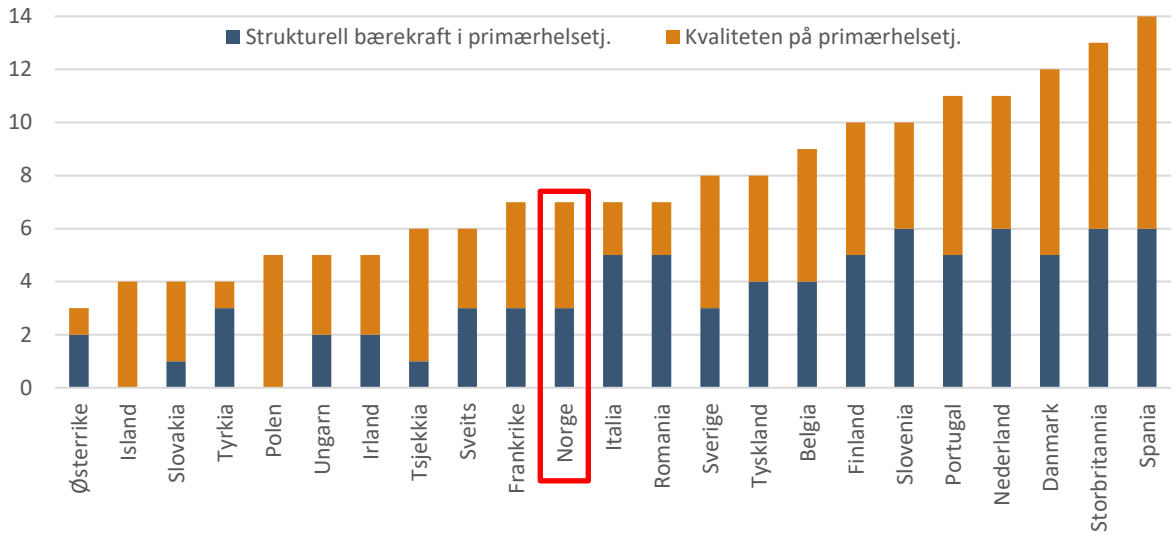
Ulike land definerer og organiserer sine primære helse- og omsorgstjenester på en rekke ulike måter. Dette gjør direkte sammenligninger mellom land vanskelig, men ikke umulig. Rangeringen i Figur 2-10, hentet fra et forskningsarbeid gjennomført av forskere fra en rekke land (Kringos et al., 2013), er et eksempel på dette. Forfatterne påpeker at en stor utfordring ved denne typen sammenligner er nettopp å finne en god definisjon på det som omtales som «primary care». Forfatterne anvender et standardisert rammeverk som rangerer ulike lands systemer på et overordnet nivå, slik at organisatoriske forskjeller ikke innvirker på resultatet. Forskerne har inkludert både helse- og omsorgstjenester når de sammenlikner primærtilbudene i landene – selv om dette er utfordrende på grunn av organisatoriske forskjeller mellom land.

Figuren under viser hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge er rangert opp mot tilsvarende sektorer i andre land. Norge scorer relativt lavt. Rangeringen er konstruert ved å summere opp poengsummer langs syv ulike grunnleggende funksjoner ved primære helsetjenester i de utvalgte landene. De syv funksjonene er delt i to hovedgrupper: S*trukturell bærekraft* (hvor det inngår tre funksjoner) og *tjenestekvalitet* (som måles langs fire funksjoner). De syv funksjonene som er kvantifisert er:

- **Strukturell bærekraft i den primære helse- og omsorgstjenesten**
    1. Kontroll og rettigheter (grad av (de)sentralisering, pasientrettigheter, kvalitetskontroll etc.)
    2. Økonomisk bærekraft (utgifter, dekning, inntektsnivå i tjenesten)
    3. Tilgang og status på arbeidskraft (utdanningsnivå, profesjonsstatus, tilgang på helsearbeidere)
- **Kvaliteten på tjenestene i den primære helse- og omsorgstjenesten**
    1. Tilgang på gode helsetjenester (bl.a. reisetid, egenandeler, brukertilfredshet)

2. Bredde og nivå i tjenestetilbudet (bl.a. faglig nivå i førstelinjen, bredde av tilbudte prosedyrer)
3. Kontinuitet i tjenesten (pasientkommunikasjon, lokal oppfølgning i pasientforløpet)
4. Koordinering i primærhelsesystemet (samarbeid og koordinering innad i primærtjenestene samt med andre institusjoner, som kommune og spesialisthelsetjeneste)

Figur 2-10: Rangering av europeiske lands primære helse- og omsorgstjenester. Sum av syv funksjoner (som alle rangeres fra 0 til 2 (best)). Maksimal mulig poengsum er 14. Kilde: Kringos et al. (2013)



Figur 2-10 viser Norges rangering når verdiene av alle de syv funksjonene normaliseres og summeres opp. Primærhelsetjenesten i Norge rangeres i denne studien som nummer 11 av 23 land i Europa. Både Danmark, Finland og Sverige rangeres høyere enn Norge.

Sammenlignet med de andre landene i studien, og også sammenlignet med kun de nordiske landene, rangeres de primære helsetjenestene i Norge høyt innen de to funksjonene *kontroll og rettigheter* og *bredde og nivå i tjenestetilbudet.* Med dette kan en slutte at tjenesten i Norge anses å ha relativt sett gode prioriteringssystemer, minimumskrav til behandling og pleie, gode kontrollmekanismer og godt funderte pasientrettigheter. Videre at bredden i det norske tilbudet anses være stor, at det holder et høyt nivå. Man har moderne utstyr og det er et relativt høyt fokus på forebyggende helse. Det anses også som positivt at man i Norge i stor grad forholder seg til samme lege gjennom pasientforløpet.

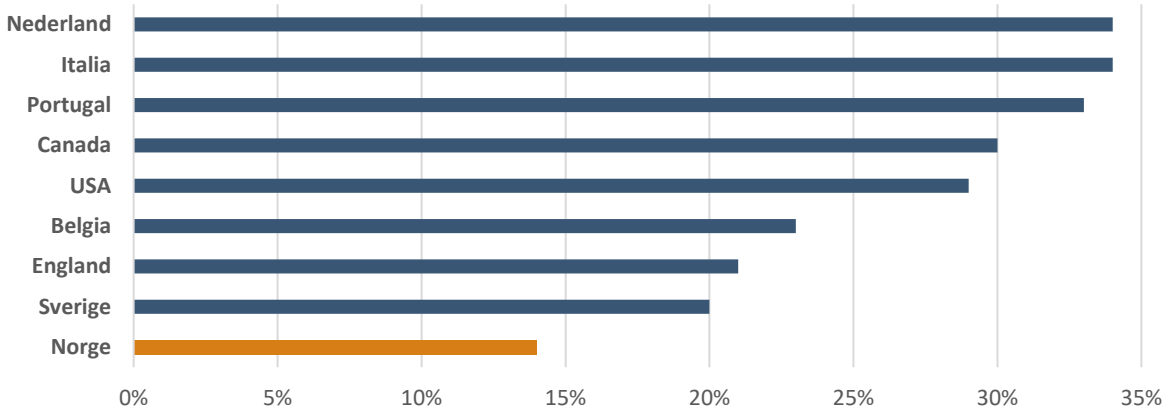
Norge rangeres relativt dårlig langs flere andre dimensjoner. Dette gjelder særlig *økonomisk bærekraft* og *koordinering i primærhelsesystemet*, men også *tilgang og status på arbeidskraft* og *tilgang på gode helsetjenester.* Dette innebærer at studien rangerer avlønningssystemet for ansatte i helsetjenesten og ressursbruken som ineffektiv samt at statusen for helsearbeidere er lav sammenlignet med andre land. Videre anses koordineringen av helsetjenester å være dårlig i Norge. Med dette menes hvor godt portvokterrollen i primærhelsetjenesten fungerer, samarbeid på tvers av ansvarlige institusjoner (i Norge: i kommunene) i levering av omsorgstjenester samt sammensetningen av fagkunnskap i primærhelsetjenesten. På dette området rangeres eksempelvis Sverige og Danmark som «sterke», mens Norge rangeres som «svakt».

Denne internasjonale sammenlikningen trekker dermed frem flere av de problemene vi belyser i kapittel 2.2. Det kommunale helse- og omsorgstilbudet i Norge er lite bærekraftig og man står oppe i en situasjon der det er mangel på arbeidskraft og spesialkompetanse.

2.3.3. Lav andel hjemmedød i Norge sett opp mot andre land

Én indikator på kvaliteten på de primære helse- og omsorgstjenestene i et land er andelen hjemmedød. At det for terminale pasienter er en reell valgmulighet å få avsluttet livet hjemme er noe som lenge har vært etterspurt av pasientorganisasjoner og fagmiljøer i omsorgssektoren.[11] Forskere ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin ved Universitet i Bergen refererer til at internasjonale studier finner at de fleste ønsker å avslutte livet i hjemmet samt at om lag 70 prosent ønsker å være hjemme så lenge som mulig når man er i ferd med å dø (Sykepleien, 18.11.2015)[12].

Figur 2-11: Andel hjemmedød i utvalgte europeiske land i 2014. Kilde: Sykepleien, 18.11.2015



Som det fremgår av Figur 2-11 var andelen hjemmedød i Norge i 2014 (siste år med tilgjengelige data) lavest blant et utvalg på ni sammenlignbare land. Det er viktig å presisere at det ikke i seg selv er et mål å øke andelen hjemmedød i Norge. Det som imidlertid er ønskelig er at denne muligheten er et reelt valg for terminale pasienter. I en nylig gjennomført evaluering fremkommer det at helsepersonell i Norge strekker seg langt for å møte pasienters ønsker om å avslutte livet hjemme (SINTEF, 2017).[13] Det pekes imidlertid på at det er behov for avlastning og kompetanse i helsetjenesten for å støtte særlig de pårørende, om slike ønsker i enda større grad skal kunne innfris. Den lave andelen hjemmedød i Norge, som fremkommer over, bygger opp under funnene i rangeringen til Kringos et al. (2013), i kapittel 2.3.2. Alle landene som i 2014 hadde en høyere andel hjemmedød enn Norge har også et høyere rangert kvalitetsnivå på sine respektive primære helsetjenester.

---

[11] *Se bl.a. Kreftforeningen og Sykepleien*
[12] *https://sykepleien.no/2015/11/vil-ha-doden-tilbake-til-hjemmet*
[13] *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, SINTEF (2017)*

3. Hva gjøres for å møte utfordringene?

Kapittelsammendrag
Det har lenge vært bred politisk enighet om å satse på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen er den viktigste satsingen for å gjennomføre dette. Der loves det at kommunenes økonomiske rammer skal styrkes og at en større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene. I etterkant av Samhandlingsreformen har man initiert en rekke tiltak, satsinger og planer – også med sikte på å styrke det kommunale helse- og omsorgstilbudet.

Satsingene har imidlertid i liten grad hatt tilsiktet virkning. En rekke evalueringer viser at kapasiteten og kompetansen i det kommunale helse- og omsorgstilbudet kun i begrenset grad har blitt styrket – samtidig som kommunene er ansvarlig for flere og mer krevende pasienter enn tidligere. I Riksrevisjonens evaluering av Samhandlingsreformen oppgir halvparten av landets kommuner at de ikke har nok sykepleiere. Evalueringer viser også at friske midler til forebyggende tiltak i stor grad har gått til organisering og planlegging i kommunene, og i mindre grad til faktiske folkehelsetiltak eller annet forebyggende arbeid.

Kommunale regnskap og statistikk bekrefter dette. Vi finner at veksten i den kommunale helse- og omsorgssektoren følger den gjennomsnittlige utviklingen i offentlige utgifter – det har ikke vært noen ekstraordinær satsing på kommunale helse- omsorgstjenester samlet sett. Videre kan 85 prosent av økningen i utgifter til kommunale helse og omsorgstjenester de siste åtte årene tilskrives befolkningsvekst, prisvekst og overførte oppgaver. Når man kontrollerer for disse faktorene har det kun vært en vekst på om lag én prosent i året i de kommunale utgiftene til helse og omsorg per innbygger i perioden.

Vi finner også at helse og omsorg ikke prioriteres av kommunene når de frie midlene øker. Kommuner med høye frie inntekter bruker en lavere andel av sitt budsjett på helse- og omsorgstjenester. Det ser dermed ut som om kommunene ikke prioriterer helse og omsorg når det økonomiske handlingsrommet øker.

I forrige kapittel drøftet vi situasjonen for det kommunale helse- og omsorgstilbudet og hvilke utfordringer vi står overfor i årene som kommer. Allerede ser vi tegn til at vi går mot en alvorlig underbemanning og mangel på kompetanse. Dette reflekteres i at det stadig er større mangel på arbeidskraft i helse- og omsorgsyrker og at brukerne av tjenestene mister tillit og stadig vurderer kvaliteten på tilbudet dårligere. Vi finner dette igjen i internasjonale sammenlikninger som trekker frem at den norske kommunale helse- og omsorgssektoren er lite økonomisk bærekraftig.

Denne situasjonsbeskrivelsen er imidlertid velkjent – og har vært det en god stund. Det mangler heller ikke på vilje til å sette i gang planer, tiltak og reformer for å ta tak i problemene. I dette kapittelet tar vi for oss disse og gir en kort gjennomgang og beskrivelse av de mest sentrale tiltakene man har satt i gang – samt hva forskning og evalueringer har sagt om effektene av dem. Deretter ser vi på hva kommunenes regnskap sier om satsingen på helse og omsorg i kommunene.

3.1. Planer, satsinger og tiltak rettet mote de kommunale helse- og omsorgstjenestene

Det har lenge vært bred politisk enighet om å satse på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I dette delkapittelet tar vi for oss hvilke tiltak og reformer som har vært satt i gang, samt hvilke lovnader som har blitt gitt.

Det er først og fremst relevant å trekke frem Samhandlingsreformen, som i stor grad var ment å løse problemene knyttet til den demografiske utviklingen vi drøftet i kapittel 2 ved å høste de potensielle gevinstene ved å styrke satsingen på kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg til samhandlingsformen har man gjennomført en rekke studier, lagt planer og satt i gang tiltak og reformer for hele/deler av det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Vi vil også kort beskrive og drøfte disse.

Gjennomgangen i dette delkapittelet er først og fremst ment å illustrere at det har vært en utpreget satsing på dette.

3.1.1. Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble innført i 2012 med mål om å styrke samhandlingen mellom de ulike tjenestene i helse- og omsorgssektoren – både mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene, samt innad imellom tjenester i kommunene. Reformen begrunnes med utgangspunkt i et ønske om å løse tre hovedutfordringer:

1) Helsetilbudet er for fragmentert – det er for dårlig koordinering mellom de ulike tjenester.
2) Det er behov for å øke innsatsen på forebyggende helsearbeid. Det trekkes frem at det i dag legges for lite fokus på tilbud som retter seg mot å forebygge sykdom, samt på å mestre og redusere kroniske sykdommer.
3) Demografisk utvikling og endret sykdomsbilde skaper utfordringer som kan true helse- og omsorgssektorens økonomiske bæreevne.

I perioden Samhandlingsreformen ble implementert var reformiveren stor også i andre omkringliggende land. Grimsmo og Magnussen (2015) noterer at tiltakene og løsningene har variert vesentlig i andre land, men at problemforståelsen og de uttalte utfordringene i stor grad har vært likelydende.[14] Lite samhandling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, for lite fokus på forebyggende helsearbeid samt ikke-bærekraftige kostnadsframskrivinger er alle utfordringer som har blitt lagt til grunn i reformer i Norden og andre nordeuropeiske land.

Samhandlingsreformen i Norge medførte at kommunene fikk mer ansvar og flere oppgaver. Førende for denne ansvarsoverføringen var BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). I dette ligger det at behandling i størst mulig grad skal gjennomføres i kommunene da dette er mer kostnadseffektivt for helsetjenesten som helhet. Samhandlingsreformen medførte at kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, plikt til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp hele døgnet og økte rammer til kommunene, bl.a. til forebyggende helsearbeid. Som navnet på reformen tilsier var også samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelse-tjenesten en sentral del av tiltakspakken i reformen. Tiltak på dette området inkluderer krav om samarbeids-avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.

---

[14] *Grimsmo og Magnussen (2015), Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv*

Den skisserte retningen for utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten i Norge som ble lagt frem i forbindelse med Samhandlingsreformen støttes videre opp i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten i 2015 (Meld. St. 26 (2014-2015)). Det fremgår det at Regjeringen ønsket å utvide ordningen med kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (implementert i 2017) samt iverksette et pilotprosjekt i et lite utvalg kommuner med primærhelseteam.

Kort om resultatet av reformen – er målene oppnådd?

Det er gjennomført en rekke evalueringer av Samhandlingsreformen de siste årene, både for reformen samlet og av enkelttiltak initiert av reformen. Hovedarbeidet er i den forbindelse evalueringsprosjektet *Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen* (EVASAM, 2016), administrert av Forskningsrådet.

Overordnet viser utredningene at Samhandlingsformen i liten grad har hatt tilsiktet effekt. Evalueringene trekker frem at strukturene og maktbalansene i helsesektoren er de samme som før – kommunene har marginal innflytelse over pasientenes behandlingsløp. Kommunene mottar samtidig flere og ofte mer krevende pasienter, uten at dette har blitt fulgt tilstrekkelig opp økonomisk.

Vedrørende det mer formaliserte og tettere samarbeidet mellom kommunene og institusjonene i spesialisthelse-tjenesten fremgår det av EVASAM (2016) at samarbeidet oppleves godt og konstruktivt, men at kommunene ikke opplever at styrkeforholdet eller likeverdet er endret fra tidligere i forhandlings- og samarbeidssituasjoner. Dette forklares i hovedsak av at det fremdeles er sykehuslegene som har definisjonsmakt vedrørende når pasienter skal meldes utskrivningsklare og at kommunene opplever at de her har marginal innflytelse. Rambøll (2012) finner eksempelvis at kommunene oppfatter de utskrivningsklare pasientene som sykere enn før, mens sykehusene mente praksis på dette området ikke var endret. I sin rapport om Samhandlingsreformen fra 2016 bekrefter Riksrevisjonen funnet i Rambøll (2012). Riksrevisjonen noterer at pasientene som blir utskrevet fra sykehus nå er sykere og mer krevende enn før reformen og at den markante økningen i reinnleggelser antyder at kommunene har utfordringer med å gi pasientene et godt og tilstrekkelig tilbud i kommunene.

Mye tyder på at Samhandlingsreformen har ført til at liggetiden på sykehus (i gjennomsnitt) har falt. Dette er ønskelig av økonomiske årsaker så vel som det er antatt at det er bedre for pasienten å rehabiliteres i hjemkommunen, heller enn på sykehus. Dette forutsetter imidlertid at det satses på å øke kapasiteten og kompetansen i kommunene da de må ta imot flere og/eller mer krevende pasienter enn før innføringen av reformen. Ifølge Riksrevisjonens rapport har dette imidlertid i liten grad vært tilfelle:

- Samhandlingsreformen hadde i liten grad (t.o.m. 2014) medført økt kapasitet i helse- og omsorgs-sektoren i kommunene
- Kompetansen i kommunene, på helse- og omsorgsområdet, var kun i begrenset grad styrket i møte med flere og mer krevende pasienter enn tidligere
- Nær halvparten av kommunene opplyste til Riksrevisjonen at de i 2014 ikke hadde nok sykepleiere, mens om lag 20 prosent uttalte det samme om legedekningen[15].

Riksrevisjonen finner videre at det i perioden fra 2011 til 2014 var en lik vekst i antall legeårsverk i hhv. primær- og spesialisthelsetjenesten. Frem til 2014 var det dermed ikke en sterkere vekst i bemanningen i primær- enn i

[15] *Økningen i antall legeårsverk var 2,5 ganger større i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten.*

spesialisthelsetjenesten. Dette på tross av at det har blitt gitt tydelig uttrykk for at en større del av veksten i offentlige helsebudsjetter skulle komme i kommunene, i disse årene.[16]

Forebyggende helsearbeid – en sentral del av satsingen i Samhandlingsreformen

Manglende satsing på forebygging var som nevnt en av hovedutfordringene som lå til grunn for Samhandlingsreformen. Å styrke det forebyggende helsearbeidet var en viktig del av reformen. I tråd med løftene i reformen finner sluttrapporten fra EVASAM at forebyggende innsats har blitt gitt økende fokus i kommunene i årene etter implementeringen av Samhandlingsreformen.

Evalueringen finner blant annet at det var en vekst i kunnskapsinnhenting. Over en tredel av kommunene hadde kartlagt folkehelseutfordringer i kommunen. Det fremkommer at det særlig er korttidsforebygging som er prioritert. Dette tolkes å være en effekt av ordningen med kommunal medfinansiering (en ordning som nå er avviklet), som ga kommunene insentiver til å begrense innleggelser.

Av evalueringene av Samhandlingsreformen fremkommer det ganske entydige funn på at fokuset på folkehelsetiltak i kommunene har økt. Dette er også noe vi finner igjen i kommunenes utgiftsregnskaper, som omtales i neste kapittel. Like fullt er det nyanser i dette bildet. Løset og Veenstra (2015) finner eksempelvis at store deler av de registrerte økningene i utgifter til folkehelsetiltak kan forklares med at det er flere tiltak som nå regnes som folkehelsetiltak, sammenlignet med tidligere. Videre noterer de at eventuelle «nye» midler i all hovedsak fremstår å anvendes til organisering og planlegging, i form av helseoversikter, planforum, strategigrupper og liknende. Dette drøftes nærmere i kapittel 3.3.1.

3.1.2. Andre strategier, tiltak og satsinger

Samhandlingsreformen er den viktigste politiske satsingen for å forsøke å løse de problemene helsesektoren står overfor de neste tiårene. Det er imidlertid satt i gang en rekke andre satsinger, utredninger og tiltak som også er relevante. Denne rapporten har ikke som hensikt å gjennomføre en systematisk gjennomgang av disse reformene, eller å vurdere virkninger og/eller effekter av disse. Den videre gjennomgangen er således ikke ment å være uttømmende, men som en beskrivelse av de mest sentrale politiske arbeidene som er gjort med helse- og omsorgssektoren i kjølevannet av Samhandlingsreformen.

Primærhelsemeldingen – Fremtidens primærhelsetjeneste

Stortingsmeldingen om omsorgssektoren ble lagt frem våren 2015 og omhandler hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Meldingen skisserer en rekke ulike tiltak og strategier for å utvikle omsorgstjenesten og fremme kvalitet og kompetanse i sektoren. Blant tiltakene som lanseres og omtales finner vi primærhelseteam i den kommunale helse- og omsorgssektoren, tiltak for direkte tilgang til fysioterapi, samt en mulig innføring av krav til psykologkompetanse i alle kommuner. I meldingen redegjøres det også for at regjeringen ønsker å utvide Kompetanseløft 2020 til også å inkludere mer langsiktige strategier, samt at regjeringen vil innføre kompetansekrav i helse- og omsorgssektoren.

[16] *Regjeringen.no – Samhandlingsreformen i kortversjon, tilgjengelig på https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/*

Kompetanseløft 2020

Regjeringen la i statsbudsjettet for 2016 frem en plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Formålet med tiltakene innunder Kompetanseløft 2020 er å sikre at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning Helsedirektoratet (2017).

Kompetanseløft 2020 kan i stor grad sies å være en videreføring av tidligere planer og satsinger om å løfte kompetansen i helse- og omsorgssektoren – blant annet Kompetanseløft 2015 som var foregående initiativ. Dette viser at det anerkjennes fra politisk hold at kompetansen ikke er tilstrekkelig i sektoren. Allikevel ser vi at kompetansebehovet vedvarer – og mye tyder på at situasjonen har blitt verre de siste årene, som drøftet i kapittel 2.2.

Omsorgsplan 2020

Omsorgsplan 2020 følger opp Omsorgsplan 2015 og omhandler regjeringens plan for omsorgsfeltet frem til år 2020. Strategien omfatter prioriterte områder og tiltak i omsorgstjenesten for å styrke kvaliteten og kompetansen i sektoren (HOD, 2015). Eksempler på tiltak som ble presentert i forbindelse med strategien er:

- Gjennomføre en forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenesten
- Lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg samt vurdere om det bør fastsettes kriterier for heldøgns langtidsplass
- Bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre
- Innføre kvalitetsindikatorer, blant annet basert på bruker- og pårørendeerfaringer
- Igangsette et kvalitetsutviklingsarbeid i sykehjem

Forsøksordningen med statlig finansiering av omsorgstjenesten er iverksatt, med seks deltagende kommuner (Os, Stjørdal, Lillesand, Hobøl, Spydeberg og Selbu). Likeledes ble retten til sykehjemsplass lovfestet i 2016.

Primærhelseteam – et pilotprosjekt for å styrke samhandling og bedre tilbudet for de mest trengende

Primærhelseteam er små tverrfaglige medisinske enheter som fra 2018 prøves ut i ni ulike kommuner. Teamene ledes av en fastlege og inkluderer også sykepleiere og helsesekretærer. Formålet er å bedre samhandlingen på tvers i kommunehelsetjenesten. Fastlegene er ment å få bedre tid til brukere med store og komplekse medisinske behov, mens pasienter med langvarige og kroniske tilstander skal få et bedre tilbud.

Det fremgår av Primærhelsemeldingen at begrunnelsen for pilotprosjektet, og utprøvingen av primærhelse-team, er en erkjennelse av at brukerne med de mest sammensatte behovene ikke får gode nok tjenester i dag. Denne gruppen får for lite legetjenester og rehabilitering og det registreres for sent at mange i denne gruppen erfarer funksjonsfall, noe som resulterer i innleggelser som kunne vært unngått. En eventuell implementering av primærhelseteam kan også bidra til en mer effektiv drift av primærhelsetjenesten. I Primærhelsemeldingen redegjøres det eksempelvis for at opprettelsen av team kan avlaste fastlegene for oppgaver som oppfølging og vurdering av utskrevne pasienter samt følge opp brukerne som selv ikke etterspør tjenester gjennom oppsøkende konsultasjon og hjemmebesøk. Pilotprosjektet i de ni kommunene skal vare frem til utgangen av 2021 og skal så evalueres for å få informasjon om effektene av tiltaket og dets måloppnåelse.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram

Helsedirektoratet, KS og Direktoratet for e-helse samarbeider om et program for å pilotere velferdsteknologi i norske kommuner. Målsetningen er at flere kommuner skal ta i bruk velferdsteknologi. Over 30 kommuner deltok i første del av programmet, der velferdsteknologiske løsninger har blitt prøvd ut i stor skala. Det er i hovedsak teknologi og løsninger innen trygghets- og mestringsteknologi som har blitt prøvd ut, med svært gode resultater (Helsedirektoratet, 2017b).

Tilskuddene som har blitt gitt kommunene som har vært deltagende i programmet har ifølge Helsedirektoratet bidratt til at de aktuelle kommunene nå besitter kompetanse og erfaring innen tjenesteutvikling, dokumentasjonsarbeid, bestillerkompetanse og generell kunnskap om velferdsteknologi. Det neste steget i programmet er en sprednings- og innføringsfase av tidligere testede systemer i andre kommuner i landet. Helsedirektoratets ramme for tilskudd til kommunene for å gjennomføre dette var i 2017 på 20,7 mill. kroner. Det samme beløpet er satt av i 2018.

Hva er velferdsteknologi?

«Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne. Velferdsteknologi kan også fungere som teknologisk støtte til pårørende og ellers bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet. Velferdsteknologiske løsninger kan i mange tilfeller forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon.»

(Definisjon fra NOU 2011:11 – Innovasjon i omsorg)

Evalueringer av velferdsteknologiprosjekter i norske kommuner har vist at implementeringen av slik teknologi bidrar til både økt behandlings- og livskvalitet for brukerne, tidsbesparelser for kommunale helse- og omsorgsarbeidere og lavere kostnader for kommuner og sykehus. Stramme kommunale budsjetter i mange kommuner kan imidlertid medføre at slike satsinger ikke nødvendigvis gjennomføres med finansiering over kommunenes frie inntekter. At myndighetene, gjennom Helsedirektoratet, fordeler øremerkede tilskudd til spredning og innføring av velferdsteknologi er derfor et godt tiltak. Like fullt fremstår rammene for disse tilskuddene lave, sammenlignet med de potensielle gevinstene implementering av velferdsteknologi kan medføre. Den samlede rammen for disse tilskuddene var i 2017 på 20,7 mill. kroner, et nivå som er videreført i 2018. Om hele rammen anvendes tilsvarer dette beløpet i underkant av 50 000 kroner per kommune, i 2018.

3.2. Hva viser tallene?

Gjennomgangen i forrige delkapittel viser at det har vært, og fortsatt er, et tydelig fokus på de utfordringene de kommunale helse- og omsorgstjenestene står overfor i årene fremover. Det har vært satt i gang en rekke satsinger og tiltak. Felles for disse satsingene er at det ligger et løfte om en økonomisk satsing – direkte eller indirekte. Blant annet uttalte daværende regjering eksplisitt at Samhandlingsreformen skulle styrke økonomien i kommunehelse og -omsorg: «Kommunenes økonomiske rammer skal styrkes. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover»[17]. I dette delkapittelet retter vi fokus mot de faktiske tallene og for å vurdere i hvilken grad vi ser en slik satsing. Vi tar først for oss pengebruken for kommunal helse og omsorg samlet og ser deretter på variasjon mellom kommuner.

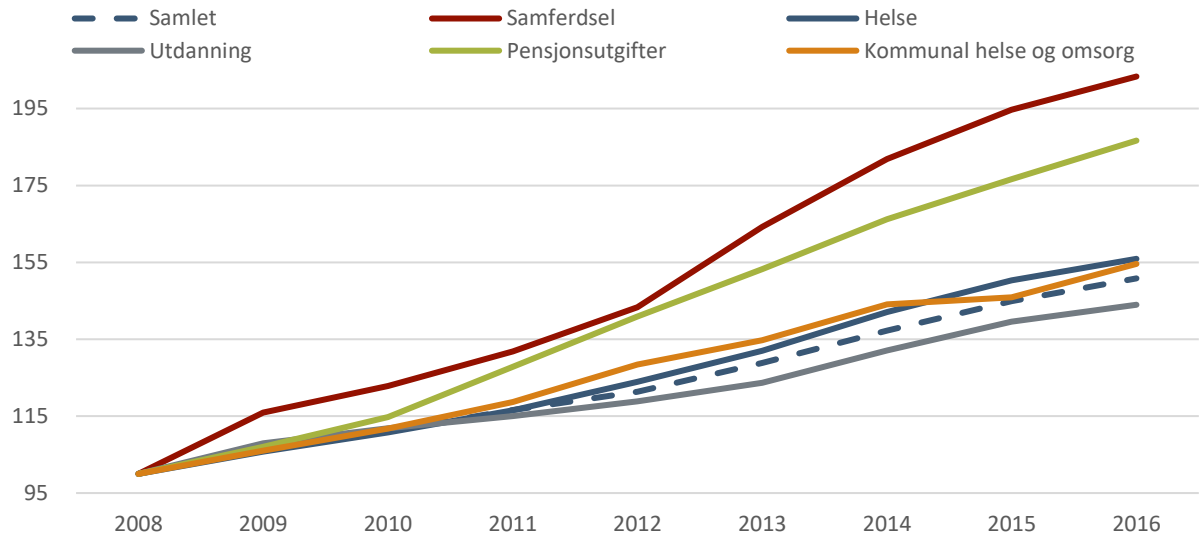
[17] *Samhandlingsreformen i kortversjon, (regjeringen.no, 2014), tilgjengelig på: https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/*

3.2.1. Ingen ekstraordinær satsing på kommunale helse- omsorgstjenester – utgiftsveksten følger forvaltningens samlede utgifter

Kommunene i Norge hadde i 2016 utgifter på om lag 380 milliarder kroner. Til sammenligning var de samlede budsjetterte utgiftene i statsbudsjettet på om lag 1 200 mrd. kroner (utenom lånetransaksjoner og petroleumsvirksomhet). Kommunene administrerer dermed omtrent 30 prosent av utgiftene i offentlig forvaltning.

Andelen av forvaltningens samlede utgifter som har blitt anvendt på helse- og omsorgsområdet har ligget stabilt opp gjennom de siste ni årene. Figur 3-1 illustrerer utgiftsveksten i offentlig forvaltning, etter et utvalg sektorer.

Figur 3-1: Utgiftsvekst i offentlig forvaltning, etter sektorområde. Indeks, 2008 = 100. (Merk: Utgifter til kommunal med-finansiering av sykehusinnleggelser er utelatt i indeksfremstillingen for Kommunal helse og omsorg). Kilde: SSB



Fra 2008 til 2016 steg forvaltningens utgifter med 51 prosent, som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 5,3 prosent. Tilsvarende årlige vekst i utgiftene i den kommunale helse- og omsorgssektoren var 5,6 prosent – marginalt høyere enn for forvaltningen samlet.

Tatt i betraktning at Samhandlingsreformen, som medførte at flere oppgaver i helse- og omsorgstjenesten ble overført til kommunene, ble implementert i denne perioden kan det ikke sluttes at veksten har vært merkbart høy samlet sett.[18]

[18] *Som det fremkommer av figuren var veksten i kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester særlig lav fra 2014 til 2015. I løpende priser steg utgiftene kun med i underkant av 1,3 prosent i 2015. En sentral årsak til den relativt lave veksten i kommunenes helse- og omsorgsutgifter i 2015 var at det var en nedgang i antallet eldre som mottok kommunale helse- og omsorgstjenester i 2015, både innen hjemmetjenesten og i den institusjonsbaserte omsorgen. Veksten i utgiftene i den kommunale helse- og omsorgssektoren var tilbake på det historiske nivået i 2016.*

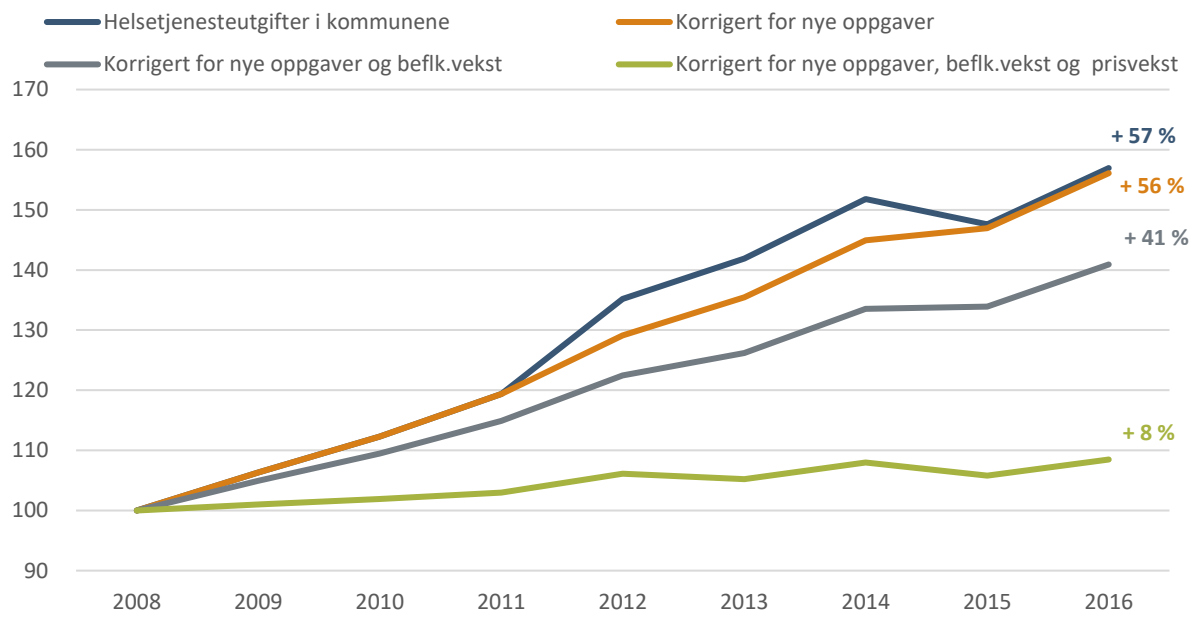
Sammenlignet med den kommunale helse- og omsorgssektoren ser vi langt tydeligere satsinger i andre sektorer. Dette gjelder særlig samferdselssektoren, som skiller seg markant ut. Over perioden har utgiftene på dette området steget med hele 103 prosent, tilsvarende en gjennomsnittlig årlig vekst på 9,3 prosent.

Det er viktig å presisere at dette ikke må leses som en kritikk av satsingen på samferdsel – det er ikke vår oppgave i denne rapporten å vurdere ulike politiske satsinger opp mot hverandre. Derimot demonstrerer Figur 3-1 at det kommunale helse- og omsorgsfeltet ikke har vært et økonomisk satsingsområde på lik linje med andre sektorer, som samferdsel, i den perioden vi ser på. Veksten i den kommunale helse- og omsorgssektoren følger den gjennomsnittlige utviklingen i de offentlige budsjettene. Slik vi ser det er det ikke mulig å ut fra Figur 3-1 argumentere for at det har vært en omfattende satsing på kommunehelse og -omsorg[19].

3.2.2. Veksten kan i stor grad tilskrives oppgaveoverføring, befolknings- og prisvekst

I figuren og omtalen over fremkommer det at utgiftsveksten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har vært på om lag 5,6 prosent året i perioden fra 2008 til 2016. Dette veksttallet tar imidlertid ikke hensyn til at det i perioden har vært en befolknings- og kostnadsvekst, og ei heller at kommunene har blitt tilført et større ansvar for innbyggernes helse- og omsorgstilbud. Dette har bidratt til utgiftsvekst. Nedenfor er utgiftsveksten i den kommunale helsetjenesten fremstilt når disse faktorene tas høyde for. Som det fremkommer kan store deler av den nominelle utgiftsveksten tilskrives kostnadsveksten i kommunene, i form av høyere lønnsutgifter og stigende priser på varer og tjenester.

Figur 3-2: Indeksert utvikling i utgifter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utgiftene er korrigert trinnvis for tillagte oppgaver (i forbindelse med Samhandlingsreformen), befolkningsvekst og kostnadsvekst i kommunene. Kilder: SSB og KMD, 2017 (TBU)



[19] *Det fremgår av Figur 3-1 at også utgiftene til alderdom, som i all hovedsak er pensjonsutgifter, har steget kraftig gjennom perioden. Veksten i pensjonsutgifter skiller seg fra veksten i samferdselsutgiftene ved å i større grad være bundet av andre forhold (demografi, gjennomsnittlig levealder) enn politiske prioriteringer.*

De nominelle utgiftene i den kommunale helsetjenesten har i perioden steget med 57 prosent. Det er imidlertid tydelig av figuren over at en vesentlig andel av denne veksten kan tilskrives andre faktorer enn økte *reelle* utgifter per mottaker av disse helsetjenestene.

I forbindelse med Samhandlingsreformen fikk kommunene et økt behandlings- og finansieringsansvar. Dette fremkommer av differansen mellom den blå og oransje grafen, i figuren over. Kommunal medfinansiering av somatiske sykehustjenester og krav om at kommunene skulle tilby akutt helsehjelp i kommunene ble innført i 2012. Ordningen med kommunal medfinansiering ble senere avviklet (2015). Utgiftene knyttet til kommunenes akutthjelptilbud er små. Kun 1,5 prosent av utgiftsveksten fra 2008 til 2016 forklares av tillagte oppgaver, slik de fremkommer av kommunenes utgiftsregnskap. Det er imidlertid grunn til å tro at det har vært ytterligere ansvarsoverføringer til kommunene, med tilhørende utgifter, enn dem nevnt over i den aktuelle perioden.[20] Om utgiftene til disse oppgavene føres på de samme postene som oppgaver som har vært pålagt i kommunene i hele perioden lar de seg imidlertid vanskelig korrigeres for. Veksten i de kommunale helsetjenesteutgiftene fra 2011 til 2012, samt reduksjonen i vekstraten i 2015, kan tyde på at det er oppgaver, med tilhørende utgifter, hvor finansieringsansvar har blitt endret uten at vi har lyktes med å korrigere for dette. Eksempelvis får vi ikke med den potensielle effekten av at kommunene (etter Samhandlingsreformen) skal betale sykehusoppholdet for utskrivningsklare pasienter. Dette tiltaket kan ha økt kommunenes utgifter og redusert utgiftene i spesialist-helsetjenesten.

I perioden fra 2008 til 2016 var det i Norge en befolkningsvekst på om lag 11 prosent. Vi finner at befolkningsveksten forklarer 27 prosent av den målte veksten til kommunale helsetjenester, i perioden. Utgifter til kommunale helsetjenester per innbygger har således steget med 41 prosent i løpende priser, som tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på 4,4 prosent. Selv om de største utfordringene knyttet til kapasiteten i helse- og omsorgssektoren ligger foran oss, med en kraftig «aldring» av befolkningen, har denne utviklingen allerede begynt. Fra 2008 til 2016 steg andelen innbyggere i Norge over 70 år med 0,3 prosentpoeng, fra 10,7 til 11 prosent av den samlede befolkningen. Merk imidlertid at tilsvarende andel har steget med ytterligere 0,8 prosentpoeng fra 2016 til 2018, til 11,8 prosent. Denne kraftige økningen på bare to år indikerer at Norge er i ferd med å møte det forventede «taktskiftet» i eldrebølgen. Eldre innbyggere er en større forbruker av kommunale helse- og omsorgstjenester enn yngre innbyggere. Dette er en viktig erkjennelse og den viktigste årsaken til at SSBs framskrivninger av personellbehovet i denne delen av helsesektoren viser at det vil kunne bli et stort underskudd av helsefagarbeidere frem mot 2035 (se kapittel 2.2). At det har vært en økning i andelen innbyggere over 70 år gjennom analyseperioden indikerer isolert sett at utgiftsveksten per innbygger i den kommunale helse- og omsorgssektoren delvis kan forklares av at etterspørselen *per innbygger* har steget.

Kostnadsveksten i kommunene og fylkeskommunene har i perioden vært høy – rett i underkant av 30 prosent (KMD 2017). Til sammenligning var veksten i konsumprisindeksen, som måler prisveksten på et utvalg varer og tjenester, i denne perioden på i underkant av 18 prosent. Denne forskjellen kan i hovedsak forklares av at det i perioden har vært en reallønnsvekst i Norge, så også blant kommunalt ansatte. Kostnadsveksten i kommunene består av veksten i lønninger og i prisveksten på varene og tjenestene kommunene kjøper inn.

---

[20] *I forbindelse med Samhandlingsreformen har kommunene ansvar for pasientene f.o.m. den dagen pasienten skrives ut fra sykehus. Om pasientene ikke overføres til hjemkommunen etter at de er utskrivningsklare må kommunene betale for oppholdet på sykehus. Ordningen har ført til nedgang i liggedøgn ved norske sykehus, men økte reinnleggelser. Dette antyder at pasientene som kommer hjem til kommunene er sykere enn før reformen (noe flere rapporter har pekt på), noe som trolig innebærer at kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester har steget.*

De ulike justeringene, som fremkommer av Figur 3-2, viser at kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester per innbygger, justert for både nye pålagte oppgaver og kostnadsvekst i kommunene, steg med 8 prosent fra 2008 til 2016. Dette tilsvarer en gjennomsnittlig årlig vekst på om lag én prosent. Beregningen viser dermed at hele 85 prosent av utgiftsveksten i den kommunale helse- og omsorgssektoren i perioden kan forklares av befolknings- og kostnadsvekst.

3.2.3. Stor variasjon i pengebruk mellom kommuner

Vi har hittil fremstilt utgiftsveksten i den kommunale helse- og omsorgssektoren aggregert for alle landets kommuner samlet. Det er stor variasjon mellom kommunene hva angår utgiftsnivået til helse og omsorg per innbygger. Dette er i seg selv hverken overraskende eller unaturlig. Det er store demografiske variasjoner mellom landets kommuner, og dermed vesentlige forskjeller i behovet for kommunale helsetjenester. Utover de demografiske forskjellene er det også å forvente at større kommuner har lavere utgifter per innbygger enn små kommuner. Dette på bakgrunn av økonomiske stordriftsfordeler i driften av en del helse- og omsorgstjenester.

Det er et godt fundert mål i velferdspolitikken at kvaliteten på, og tilgangen til, helse- og omsorgstjenester ikke skal være betinget av økonomien (skatteinntektene) i de enkelte kommunene. Av den grunn utjevnes kommunenes inntekter. Kommuner med høye skatteinntekter overfører ressurser til kommuner med lave skatteinntekter, og kommuner som er billige i drift overfører ressurser til kommuner som er dyre i drift (se tekstboks). Utjevningen i kommunenes inntekter etter forventede utgifter fungerer ved at man *korrigerer innbyggertallet* i landets ulike kommuner, og overfører ressurser i tråd med kommunenes *korrigerte innbyggertall.* For de kommunene som eksempelvis er antatt å ha en relativt dyr kommunal helse- og omsorgssektor, multipliseres det faktiske innbyggertallet med en faktor større enn én. Kommuner med lave antatte utgifter på dette området korrigerer sitt innbyggertall ved å multiplisere innbyggertallet med en faktor lavere enn én. Denne justeringen gjøres individuelt for flere ulike kommunale sektorer, blant dem kommunehelse og pleie og omsorg. Dette kalles *delkostnadsnøkler.* Summen av justeringene med delkostnadsnøklene resulterer i en *samlet kostnadsnøkkel* for hver enkelt kommune.

Kort om kommunenes inntektssystem

Det er vesentlige forskjeller mellom både inntektsgrunnlaget og utgiftsnivået i landets kommuner. Det overordnede formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere. Det gjøres ved å kompensere for variasjoner i kommunenes utgiftsbehov og delvis utjevne variasjoner i skatteinntekter mellom kommuner.

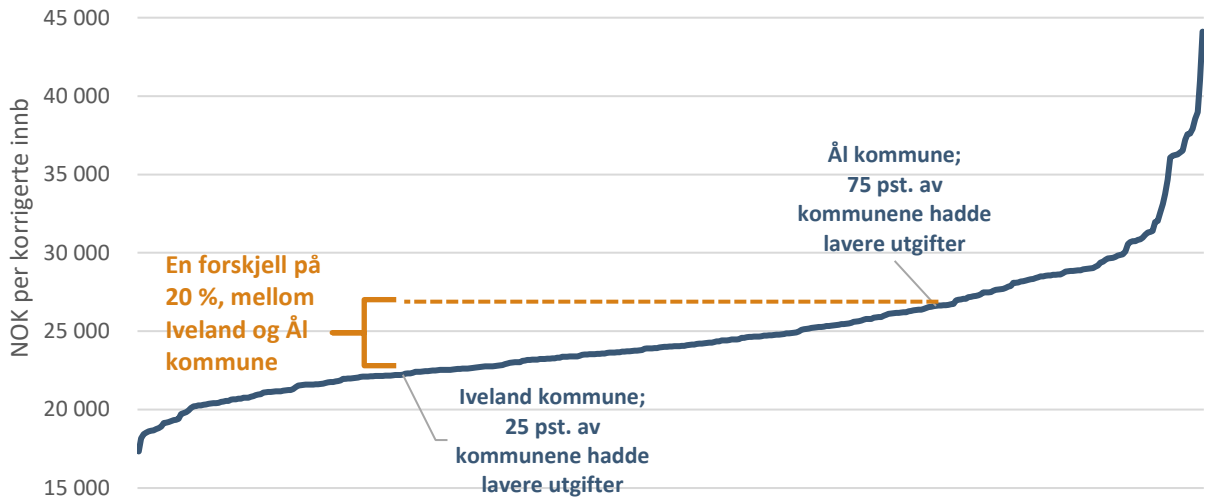
Det er i systemet en **inntektsutjevning** ved at kommuner med skatteinntekter over landsgjennomsnittet overfører deler av sine inntekter (en andel av den delen som overskyter gjennomsnittet per innbygger) til kommunene med lavere skatteinntekter per innbygger.

Deretter er det en **utgiftsutjevning**, hvor kommuner som er dyrere i drift får overført fra kommuner som er rimeligere å drifte. Eksempler på kriterier som anvendes i denne utjevningen er antall eldre, bosettingsmønsteret i kommunene og reiseavstander.

I figuren under har vi anvendt delkostnadsnøklene for hhv. kommunehelse og pleie- og omsorgssektoren i kommunene for å beregne utgiftsnivåene til helse- og omsorgsutgifter per *behovskorrigerte* innbygger i landets kommuner i 2016. Tallene som danner grafen i figuren kan således forstås som utgiftsnivået til helse- og omsorgstjenester i kommunene *etter* at kommunene som er dyre i drift er kompensert for dette. Variasjonen mellom kommunene illustrert under viser dermed at det er en stor forskjell mellom hvor mye kommunene bruker

på helse og omsorg – selv etter at det tas høyde for at det er svært ulikt behov for disse tjenestene på tvers av kommunene.

Figur 3-3: Norges kommuner rangert etter utgifter til helse- og omsorgstjenester per korrigerte innbygger, i 2016. Kilde: SSB og KS



Som det fremkommer av Figur 3-3 er det store nivåforskjeller i utgifter per innbygger til helse- og omsorgstjenester mellom kommunene. At det er store forskjeller mellom kommunene som i 2016 brukte aller mest og aller minst per innbygger er ikke overraskende. Dataene illustrert i figuren dekker et enkelt år (2016), og det kan være tilfeldigheter som gjør at enkelte kommuner dette året hadde svært høye eller svært lave utgifter til helse og omsorg. Av den grunn er variasjonen blant kommunene i midten av fordelingen, når vi rangerer kommunene fra lavest til høyest utgifter, mer interessant. Som det fremkommer var forskjellen i utgifter per behovskorrigerte innbygger på hele 20 prosent mellom Ål og Iveland i 2016. Dette er kommunene som representerer ytterpunktene i de to midterste kvartilene i fordelingen.

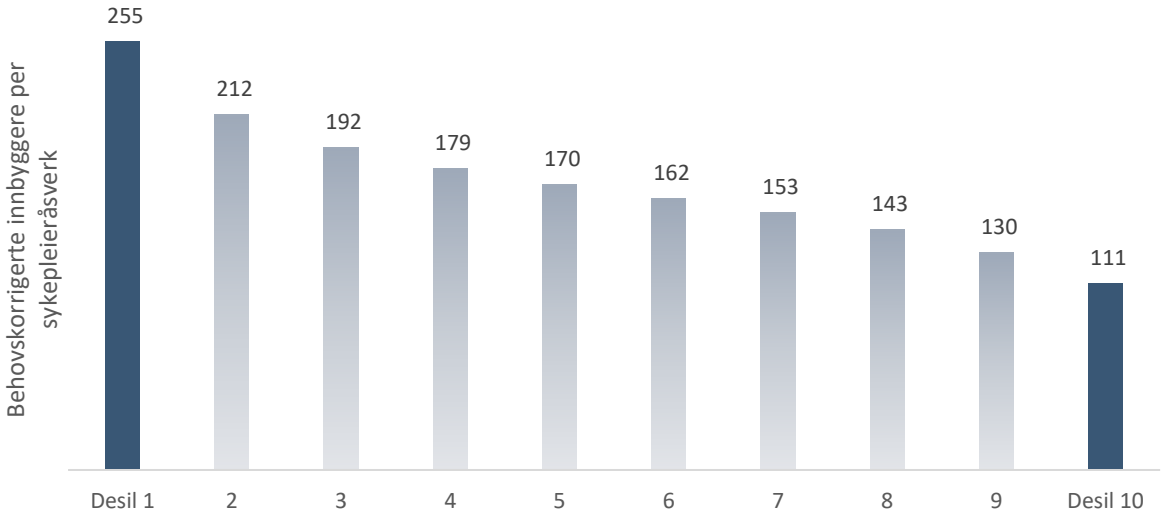
Det er to overordnede forklaringer på den store variasjonen i utgifter mellom kommunene, etter at det er korrigert for behovsforskjellene i befolkningen. For det første kan variasjon skyldes forskjeller i kostnadseffektivitet mellom kommuner, for eksempel i form av at enkelte kommuner har satset mer på forebyggende helsearbeid (og fått utbytte av dette i form av lavere etterspørsel etter helsetjenester). For det andre kan forskjellene tilskrives at det er forskjeller mellom kommunene vedrørende i hvilken grad de satser på helse- og omsorgstjenester, utover hva som er tilstrekkelig for å levere det tjenestetilbudet som er spesifisert i kommunehelseloven.

Sysselsetting

I likhet med variasjonen i kommunale utgifter til helse og omsorg er det også betydelige forskjeller i antallet ansatte sykepleiere og helsefagarbeidere i kommunene. Beregnet på samme måte som med utgiftene, i avsnittene over, når vi beregner antall *behovskorrigerte* innbyggere per sykepleierårsverk, finner vi at det i de 10 prosentene av kommunene med høyest bemanning i gjennomsnitt er 111 korrigerte innbyggere per sykepleierårsverk. Til sammenligning er det i de 10 prosentene av kommunene med lavest sykepleierbemanning 255 behovskorrigerte innbyggere per sykepleier. Dette er en forskjell på hele 130 prosent. I Figur 3-4 er kommunene i Norge inndelt i like store grupper, etter bemanningen av sykepleiere i den kommunale helse- og

omsorgssektoren. Dette betyr at det til tross for justeringer i henhold til kommunale forskjeller som skulle tilsi ulikt behov for bemanning fortsatt er store variasjoner i antall sykepleiere mellom kommuner.

Figur 3-4: Behovskorrigerte innbyggere per sykepleierårsverk i kommunene, rangert i desiler. Behovskorrigering i hht. delkostnadsnøkkelen for pleie og omsorg. Kilder: SAMDATA (Helsedirektoratet) og KS



Det er også stor variasjon mellom kommunene selv om vi ser bort fra «ytterpunktene» i fordelingen av sykepleierbemanning i kommunene.[21] Ti-prosentgruppen av kommunene med nest lavest sykepleiertetthet (desil 2), hvor det er 212 behovskorrigerte innbyggere per sykepleierårsverk, har en 63 prosent lavere sykepleiertetthet enn ti-prosentgruppen av kommuner med nest høyest sykepleiertetthet (desil 9).[22]

Det er flere mulige forklaringer på den store observerte variasjonen i bemanning, selv om vi korrigerer tallene for variasjon i behovet for pleie- og omsorgstjenester i kommunene.

> ***Variasjon i sammensetning av arbeidskraft i pleie- og omsorgssektoren:*** Én forklaring på variasjonen i antallet sykepleierårsverk per behovskorrigerte innbygger kan være at kommuner i større eller mindre grad ansetter årsverk med annen helse- og omsorgsrelatert utdannelse enn sykepleie, som vernepleiere, omsorgsarbeidere eller helsefagarbeidere. Vi har undersøkt hvorvidt kommunene med relativt lav sykepleierbemanning også har lav relativ bemanning av helsefaglige årsverk. Dette finner vi støtte for, noe som indikerer at det er andre årsaker enn variasjon i fagsammensetningen i de kommunale pleie- og omsorgssektorene som forklarer variasjonen i antall sykepleiere per innbygger i landets kommuner.
>
> ***Variasjon i effektiviteten i pleie- og omsorgssektoren i landets kommuner:*** En annen forklaring på den store ulikheten i sykepleiertetthet mellom kommunene kan være knyttet til effektivitet og produktivitet.

---

[21] Det kan være tilfeldigheter som forklarer hvorfor enkelte kommuner har hhv. svært høy eller svært lav bemanning i akkurat 2016.

[22] Som med utgiftene, omtalt over, kan det være tilfeldigheter som gjør at kommuner i et enkelt år har hhv. høy og lav tetthet av sykepleierårsverk i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Undersøker vi variasjonen mellom kommunene i midten av fordelingen, finner vi at forskjellen er 34 pst. Dvs. at Herøy kommune, som kjennetegnes ved at 25 pst. av kommunene har lavere sykepleiertetthet, har 34 pst. lavere sykepleiertetthet enn Holtålen, som kjennetegnes av 25 pst. av kommunene har høyere sykepleiertetthet.

Det er naturlig at kommuner som over tid har lyktes med det forebyggende helsearbeid, slik at for eksempel flere av deres eldre befolkning kan bo hjemme, har en lavere sykepleiertetthet.

Variasjon i prioritering: Vi konkluderte tidligere med at variasjonen i kommunenes utgifter til helse og omsorg per korrigerte innbygger muligens kan forklares med at kommunene prioriterer kvaliteten i pleie- og omsorgssektoren ulikt. Nivåer på bemanningen av sykepleierårsverk utover hva som er tilstrekkelig for å imøtekomme kravene i kommunehelseloven kan være knyttet til politisk prioritering i kommunene.

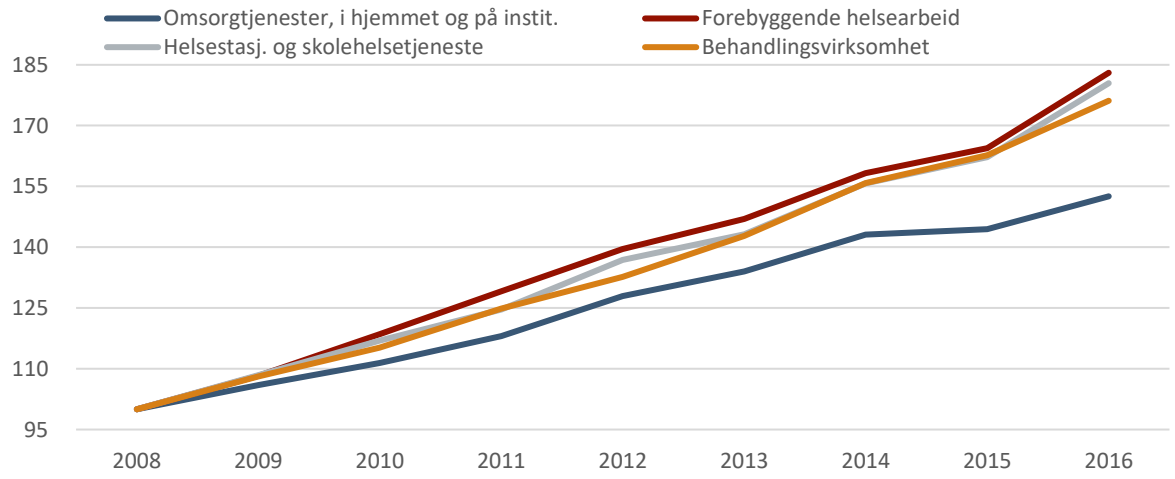
3.3. Hva brukes pengene på?

Så langt har vi kun sett på bevilgningene til helse- og omsorgstjenester samlet. I dette delkapittelet ser vi nærmere på hvordan midlene disponeres internt i helse- og omsorgssektoren. Samhandlingsreformen legger føringer for hvordan satsingen på helse- og omsorgstjenester bør være – spesielt er det et uttalt ønske at man skal satse sterkere på forebyggende tjenester. I det følgende vil vi se hvordan ulike områder innenfor det kommunale helse- og omsorgstilbudet har blitt prioritert de siste årene. I tillegg drøfter vi kvaliteten på satsingen: Når det bevilges mer til forebyggende tjenester – hva betyr dette for tilbudet til kommunens innbyggere?

3.3.1. Det satses på forebygging – men hva betyr det?

Samhandlingsreformen var tydelig på at et delmål med reformen var å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene. Det fremgår av stortingsmeldingen om reformen at *«Målsetningen vil være å benytte og videreutvikle dokumenterte tiltak som reduserer, og til dels motvirker, risiko for funksjonstap […] og som påvirker individets egenmestring og reduserer risikoen for sykdomsutvikling»* (St.meld. 47 (2008-2009), s.83). Reformen la opp til at kommunene selv skulle vurdere og velge ut hvilke tiltak som skulle iverksettes. Til dette formålet ble rammene for kommunenes samlede frie inntekter økt med 230 mill. kroner i 2010 (Prop. 1 S, 2010 s. 43). Denne økningen ble også videreført i de etterfølgende årene. Det økte fokuset på folkehelsetiltak gjennom Samhandlingsreformen, med tilhørende implementering av helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven, har bidratt til at det har blitt allokert mer ressurser til forebyggende helsearbeid de siste årene. Figuren under viser at det har vært en sterk vekst i kommunenes utgifter til forebyggende helsearbeid, men ikke en vesentlig sterkere vekst enn for andre ansvarsområder i sektoren.

Figur 3-5: Utvikling i utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester. Dekomponert på tjenesteområder. Indeks, 2008 = 100. Kilde; SSB/Menon

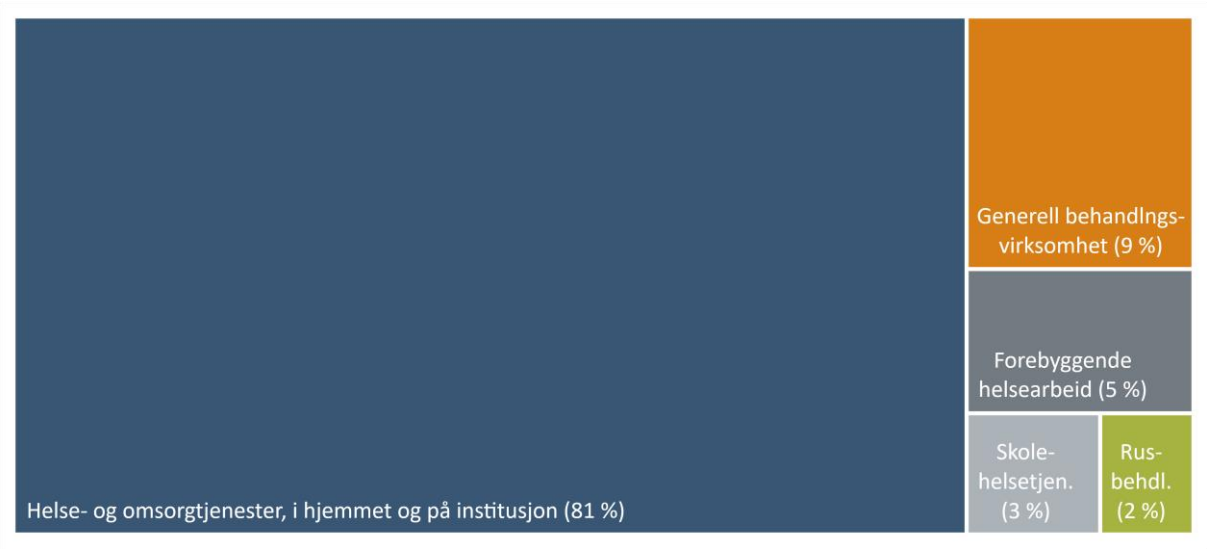


Som det fremgår av Figur 3-5 har det gjennom de siste åtte årene vært en todeling i utgiftsveksten i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Utgiftene til omsorgstjenester i hjemmet og på institusjon har steget med om lag 53 prosent, fra 2008 til 2016. Utgifter til det forebyggende arbeidet, sammen med behandlings-aktivitet og helsestasjon og skolehelsetjenester, har til sammenligning hatt en utgiftsvekst på mellom 76 og 83 prosent.

De siste åtte årene har altså veksten i utgifter til omsorgstjenester, både i hjemmet og på institusjon, vært merkbart lavere enn utviklingen i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Én årsak til dette er at det gjennom denne perioden har vært en betydelig innsats for å sikre at pleietrengende bor hjemme så lenge som mulig. Alternativet, innleggelse på institusjon, er som regel vesentlig dyrere for kommunene.

Forebyggende helsearbeid er utgiftsområdet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som har steget mest de siste årene. Fra og med budsjettåret 2010 ble rammene for kommunenes frie inntekter hevet med 230 mill. kroner, ment til anvendelse til forebyggende helsearbeid. Selv om veksten i utgiftene til forebyggende tiltak i kommunene har vært høy de siste årene, utgjør dette fremdeles en liten andel av aktiviteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som det fremkommer av Figur 3-6 utgjorde det forebyggende helsearbeidet kun fem prosent av utgiftene i den kommunale helse- og omsorgssektoren i 2016.[23] Det fremkommer videre at det er pleie- og omsorgstjenester, primært overfor eldre, som utgjør den klart største delen i den kommunale helse- og omsorgssektoren.

Figur 3-6: Utgifter i den kommunale helse- og omsorgssektoren etter områder, i 2016. Kilde: SSB



Styrket fokus på forebyggende helsearbeid i kommunehelseloven samt en økning i rammene for kommunenes frie inntekter (med formål å øke innsatsen til forebyggende helsetiltak) fremstår å være gode forklaringer på den observerte veksten i kommunenes utgifter til forebyggende helsetiltak. Evalueringer av Samhandlingsreformen antyder imidlertid at bildet er noe mer nyansert. Løset og Veenstra (2015) finner eksempelvis at

[23] *Dette gjelder utgiftene kommunene anslår har blitt brukt til forebyggende helsearbeid. Det gjennomføres mye forebyggende helsearbeid i både den daglige eldreomsorgen og i behandlingsvirksomheten i kommunene som ikke registreres som dette.*

- Mye av ressursbruken som i årene i etterkant av implementeringen av reformen har blitt anvendt til forebyggende helsearbeid i stor grad har gått til organisering og planlegging i kommunene, og i mindre grad til faktiske folkehelsetiltak. Et eksempel som trekkes frem er at midler har blitt anvendt til å opprette folkehelsekoordinatorstillinger.
- Økninger i kommunenes målte utgifter til folkehelsetiltak kan delvis forklares av at det er flere tiltak som nå regnes som folkehelsetiltak, sammenlignet med tidligere. Det er altså tiltak som «alltid» har vært gjennomført av kommunene som først i etterkant av Samhandlingsreformen og forskriftsendringer faktisk *regnes* som folkehelsetiltak.

Riksrevisjonen konkluderer i sin rapport om folkehelsearbeidet i kommunene om at selv om det gjennom økte frie inntekter er lagt til rette for at kommunene skal iverksette flere og bredere folkehelsetiltak, kommer ikke dette av seg selv. Riksrevisjonen konkluderer med at det er få økonomiske insentiver til å satse bredt på forebyggende helsearbeid i kommunene og det mangler sanksjonsmuligheter knyttet til manglende gjennomføring av forebyggende helsearbeid i kommunene (Riksrevisjonen, 2015).

Utviklingen i kommunenes utgifter til forebyggende helsearbeid antyder at dette har vært prioritert i kommunene, opp gjennom de siste åtte årene. Men dette området utgjør fremdeles en beskjeden andel av de samlede helse- og omsorgsutgiftene i kommunene. Videre fremkommer det at flere evalueringer og utredninger har pekt på utviklingstrekk som underbygger at den rapporterte veksten som fremkommer i Figur 3-5 trolig er misvisende, samt at ressursene ikke anvendes effektivt. Dette kan blant annet skyldes at det i første rekke er bevilget økte midler til kommunene over deres frie inntekter, for å møte veksten i kommunenes utgifter til helse- og omsorgstjenester. Dette er naturlig, da det i større grad enn med øremerkede midler legger til rette for en helhetlig ressursallokering i kommunene. Økninger i frie inntekter, med formål å styrke helse- og omsorgssektoren, fordrer imidlertid at kommunene selv prioriterer helse- og omsorgssektoren.

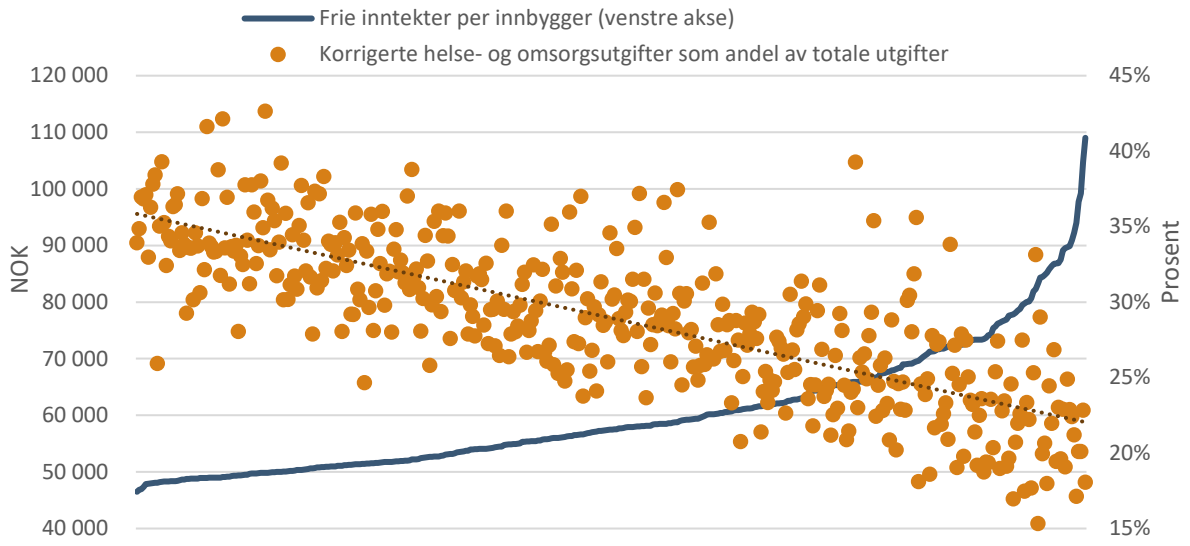
3.3.2. Kommuner med mye frie midler prioriterer ikke helse- og omsorgstjenester

Én bekreftelse på at helse- og omsorgstjenester ikke er et tjenesteområde som prioriteres høyt i kommunene, i betydning at det leveres tjenester av en kvantitet og kvalitet *utover* nivået som er pålagt gjennom kommunehelseloven, er at kommuner med høye frie inntekter allokerer en lavere andel av sine midler til helse- og omsorgstjenester enn kommuner med relativt lavere frie inntekter per innbygger.

Frie inntekter utgjør samlet om lag 70 prosent av kommunenes inntekter og er summen av skatteinntekter på inntekter og formue samt rammetilskuddet. Kommunene med høye frie inntekter har dette som en konsekvens av at de har høye skatteinntekter og/eller at de blir innvilget høye rammetilskudd – altså at de er «dyre i drift». Kommunene står fritt til å disponere sine frie inntekter uten andre føringer enn vedtatte lover og regler.

Figur 3-7 viser at det er en tydelig negativ sammenheng mellom nivået på de frie inntektene per innbygger i kommunene og andelen av kommunenes utgifter som anvendes til helse- og omsorgstjenester. Sammenhengen er statistisk signifikant på ettprosentnivå. Dette indikerer at kommunene ikke allokerer en større andel av sine disponible ressurser til helse- og omsorgsområdet om de frie inntektene øker. Om de oransje prikkene i figuren i stedet for å danne en fallende trend formet seg som flat eller stigende trend, ville dette indikert at kommunene med relativt sett mer disponible ressurser allokerte mer ressurser per innbygger på helse- og omsorgstjenester.

Figur 3-7: Norske kommuner, rangert etter nivået på frie inntekter per innbygger i 2016 og helse- og omsorgsutgifter, korrigert for utgiftsbehov, som andel av kommunenes samlede utgifter i 2016.[24,25]



Én mulig forklaring på korrelasjonen som fremkommer i figuren over er at kommunene med høye frie inntekter har dette som følge av at de på generelt grunnlag har et høyt utgiftsbehov (og da ikke bare tilknyttet helse- og omsorgstjenester, som det er korrigert for i datamaterialet i figuren). I så fall er det å forvente at disse kommunene anvender en lavere andel av sine utgifter på helse og omsorg enn kommuner med lavere frie inntekter per innbygger. Vi har testet hvorvidt kommuner med høye frie inntekter per innbygger anvendte en større del av sine ressurser på helse- og omsorgstjenester *uten* å korrigere for utgiftsbehov. Vi finner her ingen sammenheng. Dette underbygger hypotesen om at kommunene ikke prioriterer helse og omsorg når det økonomiske handlingsrommet øker.

Beregningene og de enkle korrelasjonsanalysene av kommunenes frie inntekter og utgifter til ulike formål indikerer at helse- og omsorgstjenester ikke prioriteres i kommunene når de frie inntektene per innbygger øker. Det fremstår som om kommunene fordeler eventuelle økninger i de frie inntektene bredt. Et eksempel er utgifter til forebyggende helsearbeid. Dette er et ansvars- og utgiftsområde som i mindre grad enn andre helse- og omsorgsoppgaver i kommunene er betinget av innbyggernes behov, men i større grad av kommunenes prioritering (utover føringer i lovverket). Vi finner at kommuner med høyere frie inntekter per innbygger anvendte om lag den samme (faktisk noe lavere) andel av sine samlede utgifter på forebyggende helsearbeid enn kommunene med lavere frie inntekter per innbygger.

---

[24] *Kommunene Hobøl, Spydeberg, Lillesand, Stjørdal, Os og Selbu er utelatt i fremstillingen. Disse kommunene er med i et forsøk med statlig finansierte omsorgstjenester og fikk som følge av dette et betydelig uttrekk i rammetilskuddet og ville med det skisserte beregningsopplegget for korrigerte frie inntekter fått et svært lavt nivå på korrigerte frie inntekter uten at dette ville vært sammenliknbart med kommuner som ikke er med i forsøket.*

[25] *Utsira kommune er utelatt i fremstillingen. Dette som følge av at kommunen (som er Norges minste, i folketall) har et så høyt nivå på sine frie inntekter per innbygger at «skalaen sprenges». Kommunen anvendte en forholdsvis lav andel av sine utgifter på helse- og omsorgstjenester i 2016, så det å utelate kommunen endrer ikke korrelasjonen som fremkommer i figuren.*

4. Hvilken fremtid går vi i møte?

Kapittelsammendrag

Bildet som tegnes i de foregående kapitlene er klart: Til tross for reformer og tiltak ser det ikke ut til at man har evnet å løse utfordringene i helsesektoren. For de kommunale helse- og omsorgssektorene ser det ut til at underbemanning og mangel på kompetanse er veien det går. Dette gjør at det er vanskelig å se for seg at man vil evne å opprettholde kvaliteten i tilbudet. Det er også en reell fare for en todeling av helse- og omsorgstilbudet der de som har råd i økende grad vil kjøpe seg til bedre kvalitet. For å unngå dette kreves det en styrket satsing på å tette bemanningsgapet i kommunene og sikre at de har den kompetansen de trenger for å sikre kvalitet i tilbudet.

Internasjonal forskning viser tydelig at det er ressursmessig gunstig å styrke satsingen på kommunale helse- og omsorgstjenester. For det første viser det seg at land som satser på primære helse- og omsorgstjenester har en generelt bedre helsetilstand blant befolkningen. Samtidig viser forskning at det er budsjettøkonomisk gunstig å gjennomføre mer behandling i førstelinjen (i Norge i kommunene) heller enn i spesialistleddet. Land med svakt utviklede primære helse- og omsorgstjenester har vesentlig høyere samlede helseutgifter.

Utfordringene Norge står overfor er ikke unike. Så å si alle land vi liker å sammenlikne oss med vil møte de samme utfordringene i årene som kommer. Av den grunn kan det være fruktbart å se til hva våre naboer har gjort og gjør for å møte utfordringene. Spesielt er Finland og Sveriges satsing på tverrfaglige helsesentre interessant. Ifølge en omfattende sammenlikningsstudie av Grimsmo og Magnussen (2015) viser oppsummerende forskning «[…] éntydig at organiseringen av primærhelsetjenesten i større tverrfaglige sentre gir mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i forhold til befolkningens behov, samt redusert bruk av spesialisthelsetjenester» (s.36).

I de foregående kapitlene skisserer vi en statusoppdatering for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Basert på offentlig tilgjengelig statistikk, tidligere utredninger og undersøkelser mener vi det er grunnlag for å hevde at situasjonen er alvorlig. Det er mangel på arbeidskraft og spesialkompetanse, og man har ikke evnet å bedre den overordnede situasjonen merkbart ved hjelp av tiltak, satsinger og reformer de siste årene.

I dette kapittelet drøfter vi disse funnene i et fremtidsperspektiv. Vi ser først på hvordan fremtiden vi se ut dersom vi ikke evner å rette opp i utfordringene. Deretter drøfter vi hva som kan gjøres for å møte utfordringene. Her trekker vi frem internasjonal forskning om sammenhengen mellom satsinger på primære helse- og omsorgstjenester, og ser i tillegg på hva vi kan lære av satsinger i relevante sammenlikningsland. Til slutt i kapittelet drøfter vi kort utfordringene og løsningene ut fra et samfunnsøkonomisk kost-nytte perspektiv.

4.1. Hvordan vil fremtidens helse- og omsorgstjeneste se ut?

I kapittel 2 så vi på utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester. Der trekker vi frem tre drivere som vil legge sterkt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer:

- **Demografisk utvikling:** Befolkningen vil vokse og vi vil få en vridning mot en relativt eldre befolkning (eldrebølge). Dette vil øke etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- **Overføring av oppgaver:** Dersom man i årene fremover skal få til en overføring av behandling fra spesialisthelsetjenesten – som vil være ressursbesparende for helsesektoren totalt sett – vil dette kreve

oppfølgning i form av styrket satsing på kompetanse i kommunene slik at man evner å utføre mer komplisert behandling.

- **Medisinsk utvikling:** I årene fremover er det naturlig å forvente at medisinske fremskritt vil gjøre det mulig å gi bedre og mer effektiv behandling. Man vil både evne å redde flere liv, flere som i dag er avhengige av sykehusopphold for behandling kan unngå dette, og sykehusopphold vil kortes ned. For mange vil dette imidlertid bety økt behov for rehabilitering og helse- og omsorgsoppfølging utenfor spesialisthelsetjenesten – altså i de kommunale helsetjenestene. Dette vil dermed kunne drive opp behovet for bemanning og spesialkompetanse i kommunene.

Samlet vil disse driverne legge press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil særlig skape utfordringer knyttet til bemanning og kompetanse. Beregninger gjennomført av SSB i 2012, basert på 2010-data, viser at vi går mot et betydelig underskudd av helse- og omsorgsarbeidere i 2035 dersom man ikke tar grep. Det predikeres at man vil mangle en fjerdedel av sykepleierne man har behov for, og nesten halvparten av helsefagarbeiderne – til sammen vil mangelen på disse yrkesgruppene alene utgjøre over 80 000 årsverk.

Siden SSB utførte sine framskrivinger ser vi tydelige tegn til at dette er i ferd med å bli virkelighet. NAVs bedrifts-undersøkelse viser at helse- og omsorgsarbeidere er den yrkesgruppen det er størst mangel på – og at mangelen har vokst over tid. Samtidig indikerer DIFIs spørreundersøkelse til brukere av helse- og omsorgstjenester at kvaliteten på tjenestene er svekket. Omsorgstjenestene scorer lavest i brukerundersøkelsen av alle offentlige tjenester – og situasjonen har blitt verre de siste årene. Tilliten til omsorgstjenestene er svekket og brukerne oppgir at de føler seg mindre trygge på tjenestene enn tidligere år undersøkelsen er gjennomført. De opplever også at kompetansen i tjenestene er lavere relativt til hva tidligere undersøkelser viser.

Bildet som tegnes er altså klart: underbemanning, mangel på kompetanse og redusert kvalitet på tjenestene ser ut til å være veien det går – og skal man tro SSB er det ingen grunn til å tro at problemet vil bli mindre. Tvert imot er dette akkurat som forventet.

Dersom vi ikke evner å rette dette problemet står det det kommunale helse- og omsorgstilbudet i fare. Slik vi ser det er det to mulige konsekvenser som vil kunne ramme tilbudet:

1) **Kvaliteten på tilbudet reduseres – kvalitetsheving blir krevende å få til.** Som drøftet over (og i delkapittel 2.2.) ser vi allerede tegn til at dette er i ferd med å skje. Underbemanning og mangel på spesialkompetanse er oppskriften på at kvaliteten i tilbudet reduseres. I Norge liker vi å tenke at vi har et av verdens beste helse- og omsorgstilbud. Selv om vi i kapittel 2.3 viser at Norge ikke er verdens-mestere på helse og omsorg, er kvaliteten i tilbudet helt klart i verdenstoppen og vi har svært høy kvalitet på tilbudet. Vi er imidlertid nødt til å jobbe for å opprettholde dette, men dette vil kreve at vi tetter bemanningshullene og satser på å øke kompetansen i det kommunale tjenestetilbudet.

2) **Vi får en todeling av helse- og omsorgstilbudet i kommunene.** Redusert kompetanse og kvalitet i det kommunale tilbudet kan føre til en todeling av helsevesenet. Dersom private aktører ser at det er et etterspørselsoverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil det private tilbudet av helsetjenester øke. Ifølge Produktivitetskommisjonen er dette et realistisk scenario dersom man ikke reduserer ressursbehovet og/eller øker satsingen på å helse- og omsorgssektoren fremover (se NOU 2016: 3, s. 193).

   Det er vår oppfatning at en todeling av helsevesenet er ikke ønskelig ettersom dette vil kunne føre til at inntektsnivå blir styrende for tilgangen til helsetjenester. På sikt vil dette kunne føre til store ulikheter innad i landet.

4.2. Hva kan gjøres?

I de foregående kapitlene argumenter vi for at vi går mot en lite bærekraftig, og potensielt svært alvorlig, fremtid. Den forventede demografiske utviklingen vil legge sterkt press på de kommunale helse- og omsorgstjenestene – vi går mot en situasjon med betydelig underbemanning og mangel på kompetanse. Dette gjør at kvaliteten på tjenestetilbudet står i fare. Allerede ser vi tegn til at dette er i ferd med å bli virkelighet – mangelen på helse- og omsorgspersonell øker fra år til år. Samtidig rangerer brukerne av tjenestene omsorgstilbudet dårligere og dårligere. Mangelen på personell og kompetanse ser med andre ord allerede ut til å gi utslag i et svekket tilbud. Vi tolker dette som et tydelig tegn på at noe må gjøres. I dette delkapittelet drøfter vi kort hvordan man kan angripe dette problemet.

De to scenariene i kapittel 4.1 må tolkes som «worst case»-scenarier der dagens utvikling videreføres. Underbemanning og mangel på kompetanse reduserer kvaliteten i tilbudet og til slutt også kommunenes evne til å tilby et tilbud som er godt nok, slik at de som har råd kjøper seg ut.

Vi vil imidlertid argumentere for at denne fremtiden er mulig å unngå dersom man tar grep i dag. På et overordnet nivå viser internasjonal forskning at land som har satset mest på å bygge primærhelsetilbudet oppnår lavere totalkostnader i helsevesenet (se blant annet Macinko et al. 2003, Delnoij 2000, Starfield og Shi 2002).

Dersom vi tar en aktiv rolle i dag vil vi kunne begrense utfordringene i fremtiden: Det er mulig å unngå en situasjon der vi må velge mellom kvalitet og kvantitet i helse- og omsorgstilbudet – på tross av den forventede demografiske utviklingen og den negative utviklingen vi har sett de siste årene.

Dette vil imidlertid kreve en styrket satsing på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er spesielt tre satsinger som vil kunne bidra til å sørge for at utfordringene blir håndterbare:

1. Igangsette tiltak som reduserer mangelen på arbeidskraft i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Dette innebærer også en styrket satsing på spesialkompetanse som er avgjørende dersom man i fremtiden i større grad skal lykkes med å overføre behandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
2. Satse på teknologiske løsninger i helse- og omsorgssektoren. Velferdsteknologiske løsninger kan lette arbeidet for helse- og omsorgsarbeiderne i kommunene og gjøre bemannings- og kompetansebehovet mer håndterbart.
3. Igangsette tiltak som reduserer etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Med dette menes å satse tyngre på forebyggende helsetiltak, tidlig innsats og folkehelsetiltak. Som diskutert i kapittel 3.1 viser flere av evalueringene av Samhandlingsreformen at satsingene på forebyggende tiltak og folkehelsetiltak ikke har vært spesielt vellykkede.

Det er ikke vår hensikt å komme med konkrete forslag til tiltak i dette prosjektet. Hensikten med punktene i listen over er å demonstrere at man er nødt til å angripe problemet på flere måter samtidig. Det første punktet handler om at man er nødt til å gjøre det attraktivt å jobbe i sektoren – vi kommer ikke utenom at det mangler arbeidskraft, at mangelen har økt og kommer til å fortsette å øke. De øvrige punktene handler om å forsøke å redusere behovet for ansatte i sektoren så mye som mulig for å gjøre situasjonen mer håndterbar: Punkt to handler om å legge til rette for at de som arbeider i sektoren kan arbeide mer effektivt ved å ta i bruk teknologiske løsninger, mens det tredje punktet handler om å redusere antall pasienter/brukere – slik at ressursbehovet også reduseres.

4.2.1. Hva kan vi lære av satsinger i andre land?

Norge er ikke det eneste landet som opplever utfordringer for helsevesenet i årene fremover. Svært mange andre land står overfor de samme utfordringene knyttet til den forventede demografiske utviklingen i årene fremover og de ressursutfordringene dette fører med seg.

I en grundig gjennomgang av helsevesenet i en rekke relevante sammenlikningsland (Sverige, Danmark, Finland, Nederland og England) viser Grimsmo og Magnussen (2015) at landene står oppe i de samme problemene. De finner at når landene lister opp det de opplever som hovedutfordringer er det de samme problemene som går igjen:

- Kostnadsutviklingen er ikke bærekraftig på sikt
- Det satses for lite på forebygging
- Landene opplever økende ulikhet i helse, til tross for at alle uttrykker et ønske om at tilgangen på helsetjenester skal være lik for alle
- De primære helse- og omsorgstjenestene er organisatorisk fragmentert – det er mangel på samhandling og helhetlige behandlingstilbud på tvers av tjenestene

For å forsøke å gjøre noe med dette har man i mange land gjennomført varianter av Samhandlingsreformen. Ifølge Grimsmo og Magnussen er slike reformer iverksatt i de fleste industriland. Felles for nesten alle landene er at reformene er motivert ut fra et ønske om å øke satsingen på de primære helse- og omsorgstjenestene (Grimsmo og Magnussen 2015, s. 25).

Eksempler på slike reformer i andre land er den skotske reformen «Shifting the balance», den nederlandske «Health close to people», den australske «National primary health care strategic framework», og svenske «En Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande innom hälso- och sjukvården».

Tiltakspakkene og satsingene i disse reformene er naturlignok skreddersydd for det enkelte land og det er begrenset hvor overførbare erfaringene er. Allikevel er det enkelte erfaringer som er relevante i vår kontekst. Grimsmo og Magnussen (2015) peker på flere ulike modeller for å sikre integrering og teamarbeid i de primære helse- og omsorgstjenestene. Dette er tiltak som er ment å sikre den *horisontale integreringen* av primærtjenestene. Det vil si en integrering av tjenestene som tilbys i kommunene.

Tverrfaglige helsesentre gir mer effektiv ressursbruk og reduserer bruk av spesialisthelsetjenesten

Grimsmo og Magnussen (2015) trekker frem fem modeller som tar sikte på horisontal integrering av primærtjenestene[26]. Blant disse er den såkalte «Helsesentermodellen» spesielt interessant ettersom denne går lengst i å sikre tverrfaglig organisering og teamarbeid mellom fagfelt innen helse- og omsorgstjenesten. Modellen er også ansett for å være mer robust enn de andre modellene. I helsesentermodellen organiserer man alle former for primære helse- og omsorgstjenester i et område – for eksempel en kommune – under en større helhetlig organisasjon/enhet med en helse-faglig ledelse.

Blant våre naboland har helsesentermodellen blitt utprøvd både i Sverige og Finland som regnes som foregangsland for modellen. Utbyggingen av sentrene startet allerede på 70-tallet. Siden årtusenskiftet har man imidlertid slitt med å bemanne helsesentrene. Allikevel er flertallet av allmennleger i både Sverige og Finland i

[26] *«Chronic care model», «Hospital at Home», Patient-centered Medical Homes», «Helsesentermodellen» og «Praksiskonsulentordning».*

dag ansatt ved større tverrfaglige helsesentre modellert etter helsesentermodellen. Ved sentrene er det også ansatte med en rekke andre fagekspertiser – blant annet sykepleiere, jordmødre og fysioterapeuter. I Finland har enkelte helsesentre også sengeavdeling. Denne tverrfaglige sammensetningen av tilbudet styrker samarbeidet mellom de ulike faggruppene – spesielt har samarbeidet mellom sykepleierne og allmennlegene blitt viktig på legekontorene.

Denne typen helsesentre har vist seg å være stor suksess. Ifølge Grimsmo og Magnussen (2015) viser oppsummerende forskning «[…] entydig at organiseringen av primærhelsetjenesten i større tverrfaglige sentre gir mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i forhold til befolkningens behov, samt redusert bruk av spesialisthelsetjenester» (s.36).

Finland – helsetilbud i verdensklasse og lave utgifter

Finland det landet som har organisert det primære helse- og omsorgstilbudet sitt på en måte som i størst grad likner den norske – tjenestene er stort sett underlagt kommunene (Grimsmo og Magnussen, 2015). Finland er derfor et interessant sammenlikningsland. Videre ser vi at Finland gjør det bedre enn Norge. Det finske kommunale helse- og omsorgstilbudet er rangert høyere enn Norge langs flere OECD-indikatorer – se blant annet Figur 2-9 og Figur 2-10. Samtidig bruker Finland også relativt lite på helsevesenet. Helseutgiftene per innbygger ligger rundt snittet i OECD – og de bruker mindre per innbygger enn Norge (se Menon 2017). Finland får dermed til relativt mer, med relativt mindre enn Norge. Finland er derfor en interessant case å se nærmere på. Vi nevner her kort noen relevante egenskaper ved det finske kommunale helse- og omsorgstilbudet.

Organisering i tverrfaglige helsesentre. Det kommunale helse- og omsorgstilbudet i Finland er organisert i relativt store tverrfaglige helsesentre. Totalt er det 162 slike sentre, hvorav 63 er interkommunale, og mellom 30 og 60 har sengeplasser for innleggelse (Grimsmo og Magnussen, 2015). Helsesentrene yter allmennlegetjenester, helseundersøkelser og screening, helsestasjon, skolehelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste, svangerskapsomsorg, tannhelsetjeneste og hjemmebesøk.

Ny eldrelov og program for «hjemmesykehus». Finland vedtok en egen eldrelov i 2013 som bedre skal ivareta de eldres rettigheter og koordinere behovet for både helse- og sosialtjenester. Finland har også en ordning med «hjemmesykehus» ("hospital at home"), som innebærer en forbigående intensiv hjemmesykepleie på spesialistnivå. Det er et klart mål å redusere bruken av institusjonstjenester, og behovet for institusjonstjenester skal være medisinsk begrunnet (Grimsmo og Magnussen, 2015).

Fokus på utvikling og fornying: I 2012 satte myndighetene (STM og THL) i gang et stort fireårig utviklings- og fornyingsprogram for sosial- og helsetjenestene (Kaste). Det har blant annet omfattet delprogrammer for bedre tjenester for eldre, større brukermedvirkning, lavterskeltilbud til utsatte grupper og tettere tverrfaglig koordinering av tjenester til barn og unge og deres familier. Programmet skal fornyes hvert fjerde år (Grimsmo og Magnussen, 2015).

Front på digital helse og helsedata. På helsedata er Finland i verdenstoppen når det gjelder innsamling, tilgjengeliggjøring, synliggjøring og tilrettelegging for bruk. Gjennom en årrekke har finnene samlet inn helsedata på befolkningen. Relativt til Norge og andre europeiske land har Finland tidlig sett det medisinske og samfunnsøkonomiske potensialet i disse dataene, og har på flere måter blitt et foregangsland når det kommer til politiske initiativ for tilgjengeliggjøring av helsedata og biobanker.

Erfaringene med bruk av helsesentermodellen i Finland og Sverige er derfor svært interessant. Som nevnt i kapittel 3.1 er man fra 1. april i år i gang med et pilotprosjekt der man prøver ut såkalte primærhelseteam i utvalgte kommuner. Denne ordningen bygger på de samme prinsippene som i helsesentermodellen: tverrfaglige team av leger, sykepleiere og annen sentral kompetanse som skal samarbeide om å møte pasientenes behov. Dersom man legger til grunn forskningen som Grimsmo og Magnussen refererer til virker det dermed som om

primærhelseteam-prosjektet er et steg i riktig retning – dette vil kunne sikre en mer effektiv ressursutnyttelse i det kommunale helse- og omsorgstilbudet og redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Dette kan dermed bidra til å lette den ressursutfordringen vi står overfor i årene som kommer.

4.3. Har vi råd til å ikke løse utfordringene?

Samfunnets ressurser er knappe. Det er derfor nødvendig å prioritere pengebruken slik at vi får mest mulig ut av de ressursene vi har. Fra et samfunnsøkonomisk ståsted er det ønskelig at ressursene settes inn der de kaster mest av seg – altså der de gir mest samfunnsnytte.

Som vist i kapittel 3 har de kommunale helse- og omsorgsbudsjettene økt de siste årene, men i stor grad reflekterer dette økningen i befolkningen, samt prisvekst. Når vi kontrollerer for dette ser vi en langt mindre budsjettøkning. Relativt til hvordan man de siste årene har økt satsingen på andre sektorer – slik som transportsektoren – kan dette ikke sies å ha vært en reell satsing på kommunehelse og -omsorg.

Spørsmålet er hva dette vil koste samfunnet på sikt. Valget om å ikke satse mer offensivt på de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan kun forsvares fra et samfunnsøkonomisk ståsted dersom alternativbruken av midlene har gått til formål som har skapt større samfunnsnytte enn hva de ville gjort i helse- og omsorgssektoren.

Samfunnsøkonomer er opptatt av hva som skaper størst nytte for samfunnet – for lavest mulig kostnad. Samfunnets ressurser bør derfor fordeles slik at man maksimerer nytten for et gitt offentlig budsjett. Hva som fra et samfunnsøkonomisk lønnsomhetsperspektiv er en forsvarlig pengebruk er nødt til å ses i sammenheng med hva vi får igjen – eller alternativt hva vi går glipp av ved å la være å bruke penger på et gitt formål.

Spørsmålet som er relevant å stille er derfor hvorvidt man har gjort reelle vurderinger av de samfunns-økonomiske nettogevinstene av de prioriteringene som har blitt gjort i budsjettprosessene. I hvilken grad har man inkludert anslag på samfunnskostnaden ved underbemanning og mangel på spesialkompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene når man har lagt de økonomiske premissene for sektoren?

Problemet med å ikke gjøre dette er at man ikke får belyst den relative viktigheten av å styrke satsingen på det kommunale helse- og omsorgstilbudet i dag. De utfordringene vi skisserer opp i denne rapporten kan få enorme følger – og bli svært kostbare for samfunnet. Som samfunn er man imidlertid nødt til å prioritere. Spørsmålet er dermed om prioriteringene som gjøres er riktige sett fra et samfunnsøkonomisk ståsted: Finnes andre samfunnsmessige formål som gir større samfunnsnytte per budsjettkrone enn å sikre et velfungerende helse- og omsorgstilbud av høy kvalitet? Eller sagt på en annen måte: Har vi som samfunn råd til å la være å satse på å løse disse utfordringene?

Det er vår oppfatning at man i liten grad benytter en slik sektorovergripende samfunnsøkonomisk resonnering i budsjettprosessene. Allikevel ser vi at samfunnsøkonomiske analyser av tiltak i økende grad blir vektlagt i politiske beslutninger. I enkelte sektorer benytter man dette svært aktivt, men på tvers av sektorer finnes det ikke noe formalisert rammeverk for å veie kostnad opp mot nytte. Dette er nærmere drøftet i Menon (2017) der vi belyser denne tematikken i mer detalj og argumenterer for at man er nødt til å se helseutgiftene i et lengre perspektiv. Ved å ta en større del av den samlede kostnaden i helsevesenet de neste tiårene i dag vil man potensielt kunne redusere den totale kostnaden over hele denne perioden.

5. Konklusjoner

Til tross for tiltak og reformer har vi ikke evnet å satse tilstrekkelig på de kommunale helse- og omsorgssektorene. Samhandlingsreformen og andre tiltak, satsinger og planer har lovet en styrket satsing på de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Daværende regjerning lovet eksplisitt at samhandlingsformen skulle styrke kommunenes økonomiske rammer og at en større del av veksten i helsebudsjettene skulle komme i kommunene etter reformen. Dette har i liten grad vært tilfellet. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har vokst, men utviklingen følger den gjennomsnittlige veksten i offentlige budsjetter. Videre har 85 prosent av veksten i midlene gått med til å dekke befolknings- og prisvekst, samt overføring av oppgaver. Når vi justerer for disse faktorene har de kommunale helse- og omsorgsbevilgningene vokst med mindre enn én prosent i året.

Dette funnet reflekteres i evalueringer av Samhandlingsreformen. Riksrevisjonen fastslår at Samhandlingsreformen i liten grad har medført økt kapasitet i helse- og omsorgssektoren i kommunene. Videre finner de at kompetansen på helse- og omsorgsområdet i kommunene kun i begrenset grad har blitt styrket i møte med flere og mer krevende pasienter enn tidligere.

Problemene som lå til grunn for samhandlingsformen og andre tiltak er fortsatt tilstede. Årsaken til at man har igangsatt reformer for den kommunale helse- og omsorgssektoren kommer av at man går mot en uholdbar situasjon. Behovet for helse- og omsorgstjenester er ventet å øke kraftig som følge av at vi vil bli langt flere, samtidig som det vil bli flere eldre, i årene fremover.

Det ser imidlertid ut til at dette er et like relevant problem i dag som før Samhandlingsreformen. Beregninger gjennomført av SSB i 2012, basert på 2010-data, viser at vi går mot et betydelig underskudd av helse- og omsorgsarbeidere i 2035 dersom man ikke tar grep. Det predikeres at man vil mangle en fjerdedel av sykepleierne man har behov for, og nesten halvparten av helsefagarbeiderne – til sammen vil mangelen på disse yrkesgruppene alene utgjøre over 80 000 årsverk.

Allerede ser vi at underbemanning gir redusert kompetanse og svekket kvalitet i tilbudet. Siden SSB utførte sine framskrivinger ser vi tydelige tegn til at de er i ferd med å bli virkelighet. Omfattende undersøkelser (utført av NAV) viser at helse- og omsorgsarbeidere er den yrkesgruppen det er størst mangel på – og at mangelen har vokst over de siste årene. Samtidig indikerer grundige spørreundersøkelser til brukere av helse- og omsorgstjenester (utført av DIFI) at kvaliteten på tjenestene er svekket. Omsorgstjenestene scorer lavest i brukerundersøkelsen av alle offentlige tjenester – og situasjonen har blitt verre de siste årene. Tilliten til omsorgstjenestene er svekket og brukerne oppgir at de føler seg mindre trygge på tjenestene enn tidligere år undersøkelsen er gjennomført. De opplever også at kompetansen i tjenestene er lavere relativt til hva tidligere undersøkelser viser. Dette reflekteres av en undersøkelse til et stort utvalg sykepleiere som arbeider i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Sykepleierne opplever at de er underbemannet og at kompetansen ikke strekker til – hele ni av ti sykepleiere oppgir at det er manglende sykepleierkompetanse innen ett eller flere felt ved sin arbeidsplass.

Bildet som tegnes er altså klart: underbemanning, mangel på kompetanse og redusert kvalitet på tjenestene ser ut til å være veien det går – og skal man tro SSB er det ingen grunn til å tro at problemet vil bli mindre. Tvert imot er dette akkurat som forventet.

Fare for todeling av helse- og omsorgstjenestene dersom det ikke tas grep. En mulig konsekvens er at vi vil se en todeling av helsevesenet ved at det private tilbudet øker. Dersom private aktører ser at det er et

etterspørselsoverskudd i helsetjenestemarkedet, enten i form av etterspørsel etter bedre kvalitet eller som følge av knapphet i det offentlige helsetilbudet, vil det private tilbudet av helsetjenester øke. En todeling av helsevesenet er ikke ønskelig ettersom dette vil kunne føre til at inntektsnivå blir styrende for tilgangen til helsetjenester. På sikt vil dette kunne føre til store ulikheter innad i landet.

Det kreves en satsing på bemanning, kompetanse- og kvalitetsheving i den kommunale helse- og omsorgssektoren – dette er nødvendig for å sikre økonomisk bæreevne. Som vist er det behov for en styrket satsing for å snu den negative tendensen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Man er nødt til å angripe problemet på flere måter samtidig ved å både satse på å styrke bemanningen i sektoren, samtidig som man er nødt til å satse på tiltak som tar sikte på å redusere fremtidig behov for helse- og omsorgstjenester. Det er derfor behov for både å:

- *Igangsette tiltak som reduserer mangelen på arbeidskraft i den kommunale helse- og omsorgssektoren.* Dette innebærer også en styrket satsing på spesialkompetanse som er avgjørende dersom man i fremtiden i større grad skal lykkes med å overføre behandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- *Igangsette tiltak som reduserer etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester.* Med dette menes å satse tyngre på forebyggende helsetiltak, tidlig innsats og folkehelsetiltak. Flere av evalueringene av Samhandlingsreformen tilsier at satsingene på forebyggende tiltak og folkehelsetiltak ikke har vært spesielt vellykkede – friske midler til har i stor grad gått til organisering og planlegging i kommunene, og i mindre grad til faktiske folkehelsetiltak eller annet forebyggende arbeid.
- *Satse på teknologiske løsninger i helse- og omsorgssektoren.* Velferdsteknologiske løsninger kan lette arbeidet for helse- og omsorgsarbeiderne i kommunene og gjøre bemannings- og kompetansebehovet mer håndterbart.

Forskningslitteraturen viser at å satse på kommunale helse- og omsorgstjenester virker. Land som har et sterkt primærtilbud av helse- og omsorgstjenester har gjennomgående bedre helse i befolkningen. I tillegg viser forskningen at det er budsjettøkonomisk gunstig å gjennomføre mer behandling i de primære helse- og omsorgstjenestene, heller enn i spesialistleddet.

Det bør satses mer på tverrfaglighet og samkjøring av tjenester. Satsingene på samhandling og tverrfaglighet var et av målene med Samhandlingsreformen. Evalueringer av reformen viser imidlertid at man i liten grad har lyktes med dette. Kommunene opplever ikke at styrkeforholdet eller likeverdet er endret fra tidligere i forhandlings- og samarbeidssituasjoner. Dette forklares i hovedsak av at det fremdeles er sykehuslegene som har definisjonsmakt vedrørende når pasienter skal meldes utskrivningsklare og at kommunene opplever at de her har marginal innflytelse.

I en omfattende sammenlikning av de primære helse- og omsorgssektorene i et utvalg sammenlikningsland påpeker Grimsmo og Magnussen (2015) at internasjonal forskning éntydig viser at organisering av de primære helse- og omsorgstjenestene i større tverrfaglige sentre gir mer effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse i forhold til befolkningens behov, samt redusert bruk av spesialisthelsetjenester. Dette har blitt iverksatt i såkalte «helsesentre» i både Sverige og Finland. I Finland har enkelte helsesentre også sengeavdeling. Denne tverrfaglige sammensetningen av tilbudet styrker samarbeidet mellom de ulike faggruppene – spesielt har samarbeidet mellom sykepleierne og allmennlegene blitt viktig på legekontorene. I Norge tar pilotprosjektet med primærhelseteam i kjølevannet av primærhelsemeldingen (Meld. St. 26, 2014-2015) innover seg dette og ser ut til å være et skritt i riktig retning.

6. Litteraturliste

Diana Delnoij, Godefridus Van Merode, Aggie Paulus, and Peter Groenewegen, 2003, Does General Practitioner Gatekeeping Curb Health Care Expenditure?, Journal of Health Services Research & Policy , Vol 5, Issue 1, pp. 22-26

DIFI 2017 - Innbyggerundersøkelsen 2017 Hva mener brukerne?, DIFI-rapport 2017:7, ISSN 1890-6583

EVASAM (2016), Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM), Norges forskningsråd 2016

fra Ramm (2013) (red.), Eldres bruk av helse- og omsorgstjeneste, Statistisk sentralbyrå, juni 2013.

Grimsmo og Magnussen (2015), Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Helsedirektoratet (2017), Kompetanseløftet 2020 – Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017, Helsedirektoratet rapport IS-2560

Helsedirektoratet (2017b), Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger – Nasjonalt velferdsteknologiprogram, Helsedirektoratet rapport IS-2557

HOD 2015, Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020

James A. Macinko, Leiyu Shi, Barbara Starfield, and John T. Wulu, Jr., 2003, Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature, Medical Care Research and Review, Vol 60, Issue 4, pp. 407 – 452

KMD (2017), Rapport fra Det tekniske beregningsutvalg for kommunal og fylkeskommunal økonomi, Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee og Groenewegen, 2013, The strength of primary care in Europe: an international comparative study, British Journal of General Practice

Løset og Veenstra (2015), Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene, NOVA Rapport 6/2015

Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmill, M., & Mossialos, E., (2009). Primary care in Europe, LSE Policy Brief, tilgjengelig på: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en

Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

Menon 2017, Bruker vi for mye på helse? - En vurdering av offentlige helseutgifter fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten, Menon Rapport nr. 6/2017

NAVs Bedriftsundersøkelse3 2018 - 2015, alle er tilgjengelig på: https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kunnskap/Analyser+fra+NAV/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/bedriftsunders%C3%B8kelsen

NOU 2011: 11 - Innovasjon i omsorg

NOU 2016: 3, Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi — Produktivitetskommisjonens andre rapport

Prop. 1 S (2009–2010), Statsbudsjettet 2010

Rambøll (2012) Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg? KS, FoU-prosjekt nr. 124005

Riksrevisjonen (2015), Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid, Dokument 3:11 (2014–2015)

Riksrevisjonen (2016), Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016)

Rosano A, Loha CA, Falvo R, van der Zee J, Ricciardi W, Guasticchi G og de Belvis AG., 2012, The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. European Journal of Public Health, Volume 23, Issue 3, 1 June 2013OECD/Health at a glance 2017.

SINTEF (2017) Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg, SINTEF A27799

SSB (2012) Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035 – Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012

St.meld.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Starfield, Barbara and Shi, Leiyu, (2002), Policy relevant determinants of health: an international perspective, Health Policy, 60, issue 3, p. 201-218.

Telemarksforsking (2015), Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. TF-rapport nr. 362

Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter. Vi er et medarbeidereiet konsulentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked. Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no