

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref: 23.92

Vår ref:

Dato: 03.05.2023

## **Høringssvar – NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste**

Vi viser til departementets brev av 2. februar 2023 om høring på Helsepersonellkommisjonens *NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Høring har vært til vurdering i Akademikernes medlemsforeninger og er behandlet i Akademikernes styre.

Utredningen er omfattende og detaljert, og flere av Akademikernes medlemsforeningene har avgitt egne innspill der de har gått i dybden på sine områder. Vi viser her til disse for mer detaljerte kommentarer.

Akademikerne mener kommisjonen har hatt en god overordnet tilnærming problemstillingene i mandatet. Endringer i demografien, med flere eldre og færre i yrkesaktiv alder, gjør at utfordringene i helse- og omsorgstjenestene må løses annerledes enn i dag. Akademikerne er enig med kommisjonen om helse- og omsorgstjenesten må bygges nedenfra, med oppgaveløsning på lavest effektive omsorgsnivå.

Akademikerne vil gå nærmere inn på fem områder i dette innspillet:

1. Analysen og konklusjonene rundt fremtidig sysselsetting i helse- og omsorgssektoren må nyanseres. Kommisjonen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestenes andel av den totale arbeidsstyrken ikke kan øke vesentlig og det som en konsekvens er nødvendig å styre mot færre ansatte per pasient. Akademikerne mener at det er svakheter i analysen som fører frem til denne konklusjonen og at man derfor ikke uten videre må legge dette premisset til grunn.
2. Det er nødvendig å inkludere flere og en større bredde av yrkesgrupper for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenesten og ikke kun se til de yrkesgruppene som defineres inn under helsepersonell-lovgivningen.
3. Arbeidsforhold og arbeidstid
4. Utdanning og kompetanseutvikling
5. Implementering og bruk av ressursbesparende teknologi

### 1. Analyse av fremtidig behov for helsepersonell

Akademikerne mener at kommisjonens vurdering om at “helse- og omsorgstjenestens andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan øke vesentlig” ikke nødvendigvis kan legges til grunn, verken for analysene eller for politikktutforming.

Økningen i andelen ansatte i helse- og omsorgssektoren de siste tiårene har sammenheng med både økt levealder og medisinsk utvikling, men også med økt levestandard og dermed forventinger til et godt og tilgjengelig helse- og omsorgstilbud. Det er ingenting ved dagens samfunnsutvikling som tilsier at etterspørselen vil flate ut eller bli mindre i årene som kommer. Man må også se hen til befolkningens vilje og evne til å kjøpe private helsetjenester dersom det offentlige tilbudet ikke oppleves tilstrekkelig. Dersom man politisk styrer mot å begrense tilbudet i offentlig sektor, vil etterspørselen kunne møtes av en vekst i private helse- og omsorgstjenester. Den samlede andelen av sysselsatte i sektoren vil med dette ikke bli mindre, men bare fordele seg annerledes mellom offentlig og privat sektor. I dette bildet må også tannleger og psykologer inkluderes, som allerede i stor grad tilbys i privat regi, og hvor kommisjonens legger til grunn et tilbudsoverskudd grunnet generell bedre helsetilstand i befolkningen.

Et slikt scenario vil kunne føre til en økt todeling av helsevesenet hvor den andelen av befolkningen som har råd til det velger å kjøpe seg de tjenestene det offentlige ikke kan tilby. Dette vil kunne gi et økt klasseskille, og er ikke en ønsket utvikling. Akademikerne mener man må jobbe for et fortsatt sterkt felles helsevesen som i all hovedsak organiseres og finansieres gjennom det offentlige.

Helsetjenesten over tid har vært underfinansiert, og som blant annet OECD-rapporten (2017) An OECD analysis of health spending in Norway viser ligger Norge midt på treet i helsekostnader blant OECD-land (Rime i Tidsskriftet – Den norske legeforeningen).

Helsepersonellkommisjonen kan leses som at det ikke er rom for noe vekst i helse- og omsorgssektoren. Det må ikke ligge som et premiss, verken for den offentlige debatten eller i den videre utviklingen av sektoren. For å møte etterspørselen må det investeres i helse. Poenget må være å bruke ressursene på en måte som gir best mulig tjenester til innbyggerne.

Heller enn å legge til grunn en tilnærmet null-vekst i andelen ansatte i sektoren må utgangspunktet for personellbehovsvurderingen være bedre bruk av eksisterende yrkesgrupper, inkludert teknisk-administrativt personell, smartere oppgaveløsning og –deling og implementering og effektiv bruk av ressursbesparende teknologi. Kompetanseutvikling, systematisk arbeid for redusert sykefravær og tiltak for å både rekruttere flere og få flere ansatte til å stå lengere i jobb er også avgjørende.

### 2. Behov for å inkludere flere yrkesgrupper for å møte kompetansebehovet

Det ligger et stort potensial for mer effektiv oppgaveløsning i bedre bruk av det teknisk-administrative personalet i sektoren. Dette er i liten grad behandlet i utredningen.

Teknisk-administrativt personale i støttefunksjoner må være en del av det helhetlige personellbehovet. God og riktig bruk av disse kan avlaste helsepersonell og bidra til bedre

oppgavedeling og -løsning. Dette må særlig sees i sammenheng med bruk av teknologi i helsetjenestene, og ved implementering av ny og ressursbesparende teknologi. I [kapittel 12.5.1](#) skriver kommisjonen blant annet om behovet for personell som både har forståelse for sektorens oppgaver og har teknisk/digital kompetanse. Det er viktig å understreke at digitale løsninger medfører et stort behov for kvalitetssikring og vedlikehold. Det må håndteres av høyt kompetente teknologer.

Akademikerne vil her vise til Teknas innspill av 15. februar 2022 til kommisjonens arbeid hvor de peker på at det i helse- og omsorgstjenesten vil bli stadig flere oppgaver i som må løses av medarbeidere med teknologisk og realfaglig kompetanse som blant annet innenfor velferdsteknologi som er avgjørende for at flere skal kunne bli boende hjemme lengre og dermed avlaste helse- og omsorgstjenestene. Disse yrkesgruppen vil også kunne avlaste annet helsepersonell, som leger og sykepleiere, slik at de kan bruke mer tid på sine pasientnære primæroppgaver. Ingeniører og andre med ikke-medisinsk realfaglig utdanning innehar representerer sammensatt kompetanse som er nødvendig for å forbedre og effektivisere diagnostikk, analyse og metodeutvikling, for drift og for forskning. Det vil derfor være hensiktsmessig med en gjennomgang av stillingskategorier og kompetansekrav for å se om det er rett kompetanse man søker etter for de oppgavene som skal løses.

Kommisjonen har i hovedsak tatt for seg helse- og omsorgstjenesten slik den er i dag, hvor blant annet tannhelsetjenesten i liten grad er inkludert. Tannhelsetjenesten er en viktig ressurs i det helsefremmende og forebyggende arbeidet og kan bidra til å avlaste resten av helse- og omsorgstjenesten. Utredningen peker på behov for riktig oppgavedeling i hele helsetjenesten, men sier lite om samhandling mellom tannhelsetjenesten og resten av helsetjenesten. Akademikerne vil understreke at det i et fremtidig helsevesen er avgjørende at tannhelsetjenesten inkluderes som en del av helse- og omsorgstjenesten på en bedre måte enn i dag.

### **3. Arbeidsforhold og arbeidstid**

Akademikeren støtter ikke flertallsinnstillingen [kapittel 9.6.1](#) om gjennomsnittsberegning og behov for en gjennomgang av arbeidsmiljølovens bestemmelser, og mener det er urovekkende at flertallet i et offentlig ikke-partssammensatt utvalg på denne måten forsøker å legge føringer for det lokale partssamarbeidet og legger føringer som tydelig vil forrykke maktforholdet mellom partene i de ansattes disfavør.

Akademikerne er her enig med mindretallet i at det ikke er nødvendig med lovendringer knyttet til skift- og turnusordninger. utfordringer man har hatt med bemanningen i helse- og omsorgssektoren er i seg selv ikke en god nok grunn for å forrykke styrkeforholdet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiversiden.

Forslaget vil også ha negativ betydning for arbeidsmiljø og ansattes trivsel, og vil bidra til å forsterke de mange uheldige utviklingstrekkene som kommisjonen selv har påpekt i sin utredning. Man bør heller ha fokus på å fremme tiltak som forbedrer arbeidsmiljøet, reduserer sykefraværet, øker andelen heltidsstillinger og får helsepersonell til å stå lenger i jobb. Slike

vurderinger gjøres best i samarbeid mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte som representanter for de ansatte.

Det foreligger solid dokumentasjon på at ansatte i helse- og omsorgssektoren kommer klart dårlig ut i landsdekkende arbeidsmiljøundersøkelser, blant annet når det gjelder kontroll over egen arbeidssituasjon, høye jobbkraav og ubalanse mellom innsats og belønning. De har også vesentlig høyere sykefravær enn andre grupper. Forslaget vil derfor virke mot sin hensikt.

Flertallets forslag står også i motstrid til helsepersonellkommissjonens egne beskrivelser om blant annet behovet for godt arbeidsmiljø, medbestemmelse og trivsel på arbeidsplassen. Å utvide arbeidsgivers styringsrett over arbeidstiden, vil derfor kunne ha spesielt uønskede og negative konsekvenser i denne sektoren.

Helsepersonellkommissjonen leverer gode beskrivelser av ulike forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidstid, men mangler samtidig en klar forståelse av systematisk arbeidsmiljøarbeid og effekten det kan ha på redusert sykefravær, økt jobbtfredshet og viljen til å stå lengere i jobb, slik forskningen IA-avtalens virkemidler bygger på viser.

Under [9.5.1 Trivsel på jobb – hvordan motivere til heltidsarbeid og legge til rette for å arbeide lenge](#) trekker kommissjonen fram *Arbeidsglede* og «*Joy in work*» som rammeverk for å fremme jobbtfredshet og vilje til å stå i jobb. Kommissjonens beskrivelse av *Joy in work* er dels overlappende med, men også direkte i motsetning til STAMIs forskning på og STAMI og partenes felles forståelse av hva arbeidsmiljø er og ikke er. Selv om *Joy in work* også tar opp disse punktene nevnes også hygienetiltak som STAMI og partene har utdefinert arbeidsmiljø fra å handle om, og *Joy in work* mangler også den tydelige rollen partsdialogen spiller i arbeidsmiljøarbeidet som er sentralt i Norge.

Ut fra dette er det svært vanskelig å se sammenhengen mellom ovenfor dokumenterte forhold, og flertallets anbefaling av tiltak som gir arbeidsgiver økt styringsrett over arbeidstidsordningene, uten å involvere de ansatte og tillitsvalgte. En slik konklusjon framstår som løserevet og lite konsistent sett i lys av de forhold som kommissjonen dokumenterer i kapitlet.

#### 4. Utdanning og kompetanseheving

Akademikerne vil her understreket behovet for å øke kapasiteten på flere studier, for å dekke det framtidige kompetansebehovet både i privat og offentlig sektor og for norsk sikkerhet og beredskapsevne. Dette inkluderer nye studieplasser innen blant annet medisin og odontologi.

I dag utdannes nær halvparten av alle norske leger og tannleger i utlandet. Som kommissjonen påpeker i [kapittel 10.3.1](#) anbefalte Grimstadutvalget i 2019 at 80 prosent av helsepersonellet det er behov for i landet må utdannes her, inkludert leger og tannleger, dersom vi både skal sikre tilgangen på disse yrkesgruppene og øke kvaliteten i utdanningen. Utvalget konkluderte med at dette innebærer at dagens utdanningskapasitet på blant annet medisinutdanningen må økes betraktelig. Helsekommissjonen anbefaler at Grimstadutvalgets konklusjon følges opp, og Akademikerne har ved flere anledninger stilt seg bak dette.

For å få utdannet tilstrekkelig med leger i Norge må det også sørges for at det er tilstrekkelig med LIS1-stillinger slik at de ferdigutdannede legene kan starte på sin spesialisering.

Videre deler Akademikerne kommisjonens vurderinger i [10.5 Behov for å rekruttere flere menn](#) knyttet til skjevheten i fremtidig kjønnsbalanse i sektoren, og behovet for å rekruttere flere menn, og støtter Opptaksutvalgets forslag om kjønnskvote til underrepresenterte kjønn ved opptak til studier.

Helsesektoren er i stadig faglig utvikling og det er nødvendig med en god og omfattende satsing på livslang læring for alle involverte yrkesgrupper. Det er derfor positivt at kommisjonen i [10.13 Livslang læring – kunnskap og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene](#) vektlegger dette. Kommisjonen mener tilnærmingen bør rettes mot fire innsatsområder: Strategisk tilnærming til kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene, god ledelse av arbeidet med strategisk kompetanseutvikling, tilrettelegging for en tettere kobling mellom forskning og klinisk praksis, og systematisk arbeid for deling og implementering av kunnskap og kompetanse. Akademikerne savner her en vurdering av rammebetingelsene som muliggjør livslang læring, og tiltak for å sikre at det blir prioritert og mulig å gjennomføre i hele tjenesten.

## 5. Implementering og bruk av ressursbesparende teknologi

I [kapittel 12 Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene](#) diskuterer utvalget teknologiens påvirkning på utviklingen i sektoren, eksempler på mulig fremtidig utvikling og anvendelse og konsekvensene av denne. De peker på at potensialet for teknologisk utvikling, og da spesielt digital samhandling ennå ikke er realisert. Det er fortsatt mange som ikke har tilgang til de ulike tjenestene som e-resept, kjernejournal og pasientens legemiddelliste (PLL) og det mangler nasjonal samordning og styring. For å kunne ta ut effektivitetspotensialet i den videre digitaliseringen i helse- og omsorgstjenestene er det behov for en mer balansert, målrettet styring og koordinering av de digitale ressursene.

Akademikerne deler kommisjonens vurdering, og mener den har gitt en presis virkelighetsbeskrivelse som bør legges til grunn for den videre utviklingen på dette område i sektoren.

Ikke alle deler av helsetjenesten er inkludert i alle de pågående prosjektene i dag og det er viktig at blant annet tannhelsetjenesten inkluderes i arbeidet med e-helse, digitale løsninger og innovasjon. Dette for å ivareta pasientsikkerheten samt at det vil bidra til mer effektiv ressursbruk.

Akademikerne deler videre kommisjonens syn om at det er et godt prinsipp at alle oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter, brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad, innenfor mulighetene og begrensningene som ligger i tilgjengelig teknologi. Samtidig er den personlige og menneskelige faktoren en viktig del av mange arbeidsoppgaver, og selv om automatisering isolert sett bidrar til reduksjon i personellbehov er ikke nødvendigvis en god løsning.

Det er samtidig nødvendig med en kost-nytte- og risikovurdering ved digitalisering, der man også ser på i hvilken grad teknologien vil legge beslag på helsepersonells tid ved innføring. Man må også ha en realistisk forventning til i hvilken grad IKT-prosjekter faktisk fører til rom for nedbemanning, men heller legge til grunn at digitaliseringen gir økt kapasitet for klinisk behandling heller enn nedbemanning. Heri ligger også behovet for å gjennomgå både rolleforståelsen og rollefordelingen ved innføring av ny teknologi. Som diskutert i punkt 2 vil det være mulig for andre yrkesgrupper å utføre oppgaver som i dag utføres av helsepersonell. Dette bør også føre til en diskusjon knyttet til innleie av personell med digitaliseringskompetanse opp mot gevinsten ved å bygge opp egne digitaliseringsmiljøer.

I [12.3.3](#) diskuterer kommisjonen forutsetningene for å lykkes med realisering av gevinster fra ny teknologi. Akademikerne savner her en vurdering av kompetansen hos styret og ledelsen. Dette dreier seg om en dypere teknologisk forståelse enn det som kommisjonen i 12.3.4 beskriver som «kompetanse blant ledere i å integrere, implementere og styre og støtte endringer i arbeidsoppgaver for personellet». For å lykkes med implementering og gevinstrealisering er det avgjørende at personene som fatter beslutningene om investering i ny teknologi også har en tilstrekkelig forståelse for så vel teknologiens muligheter som begrensninger og utfordringer.

Med vennlig hilsen,  
**Akademikerne**

—

Øystein Holm-Haagensen  
*Seniorrådgiver*