

Helse- og omsorgsdepartementet

## Hørings svar Tid for handling

Helsepersonellkommissjonen ble etablert i desember 2021 med et mandat på å **gj en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse frem mot 2040**. Dette i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Kommisjonen skal ifølge mandatet videre **gå inn på tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt**.

Helsepersonellkommissjonen har gjennom NOU 2023:4 *Tid for handling* utarbeidet et kunnskapsgrunnlag om:

- Utviklingstrekk som vil påvirke tilbudet av og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i årene fremover
- Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft
- Organisering av helse- og omsorgstjenestene og godkjenningsordningene for helsepersonell
- Status og utvikling for personellet i helse- og omsorgstjenestene
- Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell

Gjennom utredningen peker kommisjonen på følgende innsatsområder:

- Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene
- Oppgavedeling
- Arbeidsforhold og arbeidstid
- Utdanning og kompetanseutvikling
- Prioritering og overbehandling
- Digitalisering og teknologisk utvikling

### Høringsinnspill fra Eidskog kommune:

Kommisjonens vurdering er at helse- og omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke ikke kan fortsette å øke. Dette samsvarer til dels dårlig med kommunenes økende ansvar for innbyggernes tjenestebehov. Kongsvinger velger derfor å komme med følgende innspill til rapporten *Tid for handling*:

Eidskog kommune opplever som andre kommuner allerede i dag store utfordringer innen rekruttering av nødvendig og kompetent helsepersonell til sine tjenester. Kommunen har erfaringer med flere ulike tiltak for å løse sine rekrutteringsutfordringer, og ser samtidig med bekymring på utviklingen de demografiske endringene i samfunnet medfører. Helsepersonellkommissjonens rapport er etterlengtet, og kommunen har hatt som håp at en grundig utgreiing kan bidra til løsningsforslag og reelle tiltak for å møte dagens og fremtidens behov for gode helsetjenester med tilstrekkelig personell med god og riktig kompetanse. Vi opplever at kommisjonens rapport gir lite adekvate endrings- og utviklingsforslag som ikke tidligere er påpekt. Mandatet knyttet til tiltak for utdanning, rekruttering og å beholde helsepersonell på kort og lang sikt er lite sammenfallende med utviklingstrekk i kommunene.

Rapporten påstår på at Norge sammenliknet med andre land har en høy sysselsetning i helse- og omsorgstjenestene, og at dette ikke utelukkende kan knyttes til demografiske endringer. Det pekes riktig på at noe av forklaringene kan ligge til en spredt befolkning med desentraliserte helsetjenester samt høy forventet levealder. Høyere andel eldre i Norge fører til økt forsørgerbrøk. Det vises kort i rapporten til andre bruker- og pasientgrupper, i tillegg vises det til at det er en sterkere vekst i årsverk i kommunehelsetjenestene enn i

spesialisthelsetjenesten. Eidskog kommune ønsker å påpeke at dette er en villet politikk: Spesialisthelsetjenesten nedskalerte antall sengeplasser og reduserte antall liggedøgn i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner om at pasienter og brukere skal ivaretas i egen kommune. Siden innføring av *Samhandlingsreformen* har ansvaret for langtidsomsorg blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen -dette har vært og er en politisk målsetting om å overføre et økende antall oppgaver fra sykehus til kommunens tjenester. Utviklingen er felles for vestlige land, men Norge skiller seg betydelig ut ved å være et av landene med kortest gjennomsnittlig liggetid i sykehus {OECD 2019: *Health at a Glance*).

### **NOU 2020:15 som bakteppe for kommisjonens rapport**

I 2020 kom NOU 2020:15 *Det handler om Norge. Bærekraft i hele landet. Utredning av konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene*. Denne rapporten viser godt de store utfordringene også de kommunale helsetjenestene står i og får økte utfordringer innen. I tillegg tas det opp mulige tiltak for blant annet økt rekruttering av nødvendig og kompetent helsepersonell -særlig i distriktene og med et særlig fokus på desentraliserte tjenester. Dette er beskrevet blant annet slik:

- Nærhet til utdanningsinstitusjon gir høyere rekruttering til høyere utdanning. Desentralisert høyere utdanning med spesifikke utdanningsvalg reduserer de regionale forskjellene.

- Unge som tar yrkesfaglig utdanning er mer bofaste og tar jobb i egen region. Helse og oppvekstfag gir per i dag mulighet til 11 ulike utdanningsretninger -de fleste svært relevante for kommunehelsetjenesten der oppgaveglidning fra eksempelvis sykepleiere til fagutdannede kan gi gode lokale løsninger.

- Utgifter til reise og opphold under praksisperioder bør i større grad dekkes av det offentlige slik at studenter/elever ikke opplever den store økonomiske belastningen det kan være å fullføre et studieløp.

- Små arbeidsmarkeder og små fagmiljø gir færre potensielle arbeidssøkere.

- Bedre transportinfrastruktur utvider arbeidsmarkedet. Begrenset kollektivtilbud i distriktene er en særlig utfordring for unge og studenter.

- Kommunens virksomhet må tilpasse seg en aldrende befolkning med spredt bosetning. Med kommende «*Bo trygt hjemme-reform*» vil det ytterligere manifesteres en nasjonal målsetning om at flest mulig skal bo og motta tjenester i eget hjem.

- Fortsatt omfordeling i inntektssystemet og bedre finansiering av særlig ressurskrevende brukere.

- **Forebyggende helsehjelp er fortsatt lavt prioritert, noe som understrekes ved at fagfeltet har svak politisk og akademisk status.**

Denne rapporten oppleves i større grad å peke på realistiske tiltak innen både organisering av tjenester samt utdanning og rekruttering av helsepersonell enn helsepersonellkommisjonens rapport. Selv om det ses bort fra det spesifikke distriktsperspektivet gis det gode og veldokumenterte løsningsforslag. Det stilles fra Kongsvinger kommune spørsmål om konklusjoner fra «*Det handler om Norge*» i større grad skulle vært tatt med inn i NOU 2023:4.

### **NOU 2023:5 som parallelloppdrag for kommisjonens rapport?**

Nylig (mars 2023) la kvinnehelseutvalget fram rapporten NOU 2023:5 *Den store forskjellen. Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Både Helsepersonellkommisjonen og Kvinnehelseutvalget er satt ned av Helse- og omsorgsdepartementet, og Eidskog kommune stiller spørsmål om hvorvidt disse to i større grad burde snakket sammen under utredningsarbeidet. Kvinnehelseutvalgets rapport tar blant annet opp eldre kvinners helse (andelen kvinner blant de eldre innbyggerne er betydelig større enn andelen menn), samt kjønns betydning for både helse og behov for helsetjenester:

«Når vi overser den store forskjellen, lykkes vi ikke med å sikre helse- og omsorgstjenester av god kvalitet for alle. Utvalget peker på fire områder der

*manglende anerkjennelse av kjønns betydning for helse er særlig framtreddende. De fire områdene danner et sammensatt utfordringsbilde som utvalget har brukt som grunnlag for sine vurderinger og anbefalinger: Kvinnens helse har lav status. Mangelfull samordning gir dårligere helsetjenester. En sviktende kunnskapsbro er et hinder for at kunnskap når fram til tjenestene. Kvinnens stemmer får for lite gjennomslag» (NOU 2023:5)*

Helsepersonellkommissjonen peker i sin rapport riktig på at den største andelen av ansatte i helse- og omsorgstjenestene er kvinner, at den største andelen i deltidsstillinger er kvinner, og samtidig at en medvirkende årsak til tidlig avgang fra yrket, redusert arbeidstid og stillingsbrøk samt sykefravær er knyttet til ulike helseutfordringer. Eidskog kommune er av den oppfatning at helsepersonellkommissjonen ikke har tatt inn flere av de store utviklingstrekkene som vil påvirke både tilbudet av og etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester i årene fremover, -dette gjelder ikke minst utfordringer knyttet til kvinnehelse. I mandatet ligger nettopp krav om *helhetlig og kunnskapsbasert vurdering*. Rapporten kunne fremstått mer adekvat og kunne gitt flere mulige tiltak dersom de to utvalgene hadde hatt dialog gjennom utredningsarbeidet.

### **Eidskog kommunes virkelighetsforståelse**

Utvikling brukere/pasienter:

Demografisk utvikling og den økende andelen eldre blir særlig løftet frem i helsepersonellkommissjonens rapport som det største utfordringsbildet. Imidlertid ser vi i vår kommune at hovedøkningen i tjenester og tjenestebehov er størst hos yngre bistandsmottakere. Dette har flere årsaker, eksempelvis:

- høyere levealder hos innbyggere med medfødt alvorlig sykdom og funksjonsnedsettelse
- flere yngre med alvorlig demenssykdom og annen kognitiv sykdomsutvikling
- høyere andel innbyggere med alvorlig psykisk sykdom, noen også med samtidig rusbruk (en stor andel av disse ble tidligere ivaretatt i døgnomsorg i spesialisthelsetjenesten)
- Flere brukere med trippeldiagnoser (psykiatri/rus/PU)
- Flere barn/unge med fødselsskader, syndrom og/eller medfødte lidelser/funksjonsnedsettelser
- Økende antall brukere med BPA
- Brukere innen rusomsorgen blir eldre og får et større bistandsbehov
- Økende antall innbyggere med annen etnisk og kulturell bakgrunn og samtidig stort bistandsbehov
- Økende antall palliative pasienter (palliasjon her i det utvidede begrep der det også ivaretas de med alvorlig og langvarig/smertefull sykdom)

En stor andel av disse brukerne/pasientene er ressurskrevende, og kommunen mottar finansiering av særlig ressurskrevende tjenester til flere. Imidlertid faller denne finansieringen bort når bruker/pasient fyller 67 år. Samtidig er ressursbehovet like stort eller økende, uten at kommunen økonomisk kompenseres. Dette medfører store utgifter og er krevende i forhold til personellressurser.

Rapporten har ikke i tilstrekkelig grad tatt inn dette perspektivet, og kan da heller ikke konkludere med at arbeidsstyrken innen tjenestene ikke kan opprettholdes eller økes. Det er en vesentlig forskjell på de ulike behov tjenestene skal dekke, i tillegg kreves det økende generalisert OG spesialisert kompetanse på stadig flere fag- og diagnosesområder. Rapporten synes også å konkludere med at eldre pleie- og omsorgstrengende er en mer ensartet gruppe en hva realiteten i kommunen er: syke og pleietrengende eldre lever i dag

med et flertalls diagnoser som for få år tilbake alle var dødelige eller livsforkortende. Det betyr **ikke** at de er friskere, og ofte vil behovet for kompetanse være stort på flere fagfelt samtidig opp mot hver enkelt pasient/bruker.

### **Utvikling personell og kompetanse:**

Eidskog kommune kjenner til at vår nabokommune Kongsvinger i 2022 gjennomførte en undersøkelse blant sine sykepleiere for å avdekke disses syn på hva som skal til for å rekruttere og beholde kompetanse i våre helsetjenester. Undersøkelsen kom i stand grunnet lengre tids utfordringer med å få kvalifiserte søkere. I tillegg erfarer det at mange helsefaglig ansatte slutter etter relativt kort tid i enhetene: noen slutter helt innen helse, enkelte bytter jobb internt mens andre søker seg over til andre kommuner eller til spesialisthelsetjenesten.

Innsatsen til de kommunale helse- og mestringstjenestene konsentreres i økende grad om innbyggere med størst behov for tjenester, samtidig som hjemmebaserte tjenester i stadig mindre grad yter praktisk bistand (hjemmebaserte tjenester utvikles til å bli et hjemmesykepleietilbud med omfattende helsetjenester i brukerens eget hjem).

*Riksrevisjonens rapport fra 2016* viste at samhandlingsreformens intensjoner om å heve kompetansen i de kommunale tjenestene for å klare å håndtere nye og mer krevende pasient- og brukergrupper ikke innfris, og at kommunene ikke i stor nok grad er tilført ressurser for å imøtekomme de økte utfordringene. Også i vår undersøkelse oppga flere av sykepleierne at de opplevde at de i for liten grad fikk tilgang til kompetanseheving, opplæring og veiledning, og at den kompetansehevingen som fant sted i stor grad dreide seg om kurs (gjærne nettbaserte) og i mindre grad i form av systematisk opplæring og videreutdanning.

Underbemanning i kommunale tjenester er selvforsterkende: for få fagansatte på jobb ser ut til å medføre store fysiske og psykiske arbeidsbelastninger og et stort udekket sykefravær - noe som igjen medfører at helsepersonell slutter, og at tjenesten får utfordringer med nyrekruttering.

Erfaring med hva personell etterspør i utvikling av fremtidens helsetjeneste kan oppsummeres slik:

- Stabile arbeidsforhold og god personelldekning gir gode arbeidsmiljø og økt rekruttering.
- Ønske om et høyere antall menn i helse. Dette er et punkt som så vidt er belyst i NOU 2023:4.
- Tydelig og profesjonalsert ledelse med avklarte ansvarsforhold. Rammer for ledere som gir bedre vilkår for organisering og delegering av oppgaver. Dette er stadig mer utfordrende desto mindre et arbeidssted -og en kommune- er.
- Ønske om større fleksibilitet i stillingsstørrelse og turnus som bedre er tilpasset den enkeltes livssituasjon.
- Profesjonskonflikter er fremdeles en utfordring innen helse. Ved økende grad av oppgaveglidning er det viktig å ta høyde for at problemstillingen faktisk eksisterer.
- Emosjonell fatigue/manglende mestringfølelse, særlig som nyansatt.
- Rekrutteringstilskudd, lojalitetsbonus og utviklingsmuligheter kom høyere opp på prioriteringsliste enn grunnlønn.
- Muligheter for utvikling av faget og kompetanseheving som møter økende kompleksitet er særlig viktig for motivasjonen til både å ta utdanning og for å bli innen helsefagene.
- Kommunens helsetjenester som fremtidig arbeidsplass må løftes frem tidligere i utdanningsløpet. Faglighet og kompleksitet innen kommunehelsetjenesten blir både rekrutterings- og utdanningsmessig usynlig i forhold til spesialisthelsetjenesten - hvilket er et paradoks når den store utviklingen og oppgaveforskyvning skjer nettopp i kommunene.

## Generelle øvrige kommentarer

- Tidligere diagnostisering og glidning av diagnosekompetanse står beskrevet i rapporten. Dette forutsetter imidlertid at kommunene satser mer på tidlig innsats i alle ledd ved tidlig diagnoser. Dette er et *uttalt politisk mål* (både nasjonalt og lokalt). Imidlertid er virkeligheten at i en hverdag der budsjett er trange og tilgangen til riktig kompetanse er begrenset, vil kommunen alltid måtte prioritere de lov-pålagte tjenester. Forebyggende, helsefremmende tjenester som sorterer innen *tidlig innsats* og *tidlige tiltak* blir prioritert ned. Denne utfordringen kan ikke kommunen løse alene.
- Gapet mellom forventninger og muligheter utvides. Vi har i dag skyhøye forventninger til hva det offentlige skal bidra med av tjenester og bistand. Økte rettighetsfestelser fra nasjonale myndigheter til stadig flere bruker- og pasientrettigheter gjør også at forventningene til hva kommunen kan og skal levere ikke samsvarer med dagens og morgendagens virkelighet. «*Forventningspress er velferdsstatens største fiende*» (Heløe). Hvilken grad av krav vil det offentlige i fremtiden kunne dekke?
- Universitet- og høgskoleråd er tatt inn i arbeidet med NOU 2023:4. Hvor er representantene for videregående opplæring? Helse- og oppvekstfagene utdanner totalt innen 7 studieretninger, med mulighet for påbygg til totalt 11 (aktivitør, ambulansefagarbeider, apotektekniker, barne- og ungdomsarbeider, fotterapeut, helsefagarbeider, helsesekretær, hudpleier, ortopeditekniker, portør, tannhelsesekretær). Hvor mange av disse yrkesgruppene kan ideelt brukes også innen kommunehelsetjeneste dersom man ser på mulighet for helhetlig omsorg? Jf. også «*Det handler om Norge*» som slår fast at unge som tar yrkesfaglig utdanning er mer bofaste og tar jobb i egen region.
- Andre yrkesgrupper inn i oppgaveglidning (eksempelvis farmasøyter som i arbeidet med NOU 2023:4 har kommet med innspill om å ta over medisingjennomgang i HBT/sykehjem etc.). Per i dag har ikke inntak av nye/andre yrkesgrupper i kommunale helsetjenester gode nok evalueringer, men annen og fagrelevant spisskompetanse kan avlaste både sykepleiere, annet helsepersonell og fastleger samt samarbeide tettere med spesialisthelsetjeneste. Sverige bruker med suksess sosionomer i de kommunale helsetjenestene -disse bidrar til at annet fagpersonell unngår administrative oppgaver knyttet til velferdsordninger, søknader, tilrettelegging av bolig etc.
- Totalbehovet av kompetanse er viktig ved oppgaveglidning. Tenker kommisjonen for «snevert» i sin rapport?
- Arbeidsforhold og arbeidstid er noe kommisjonen gjennom sitt mandat skal utrede. Imidlertid utføres en stor andel av de kommunale helsetjenestene i mottakeren eget hjem: dette er også viktig å ivareta som et moment i arbeidstakerens arbeidsforhold. Et privat hjem som helsepersonells arbeidssted er i seg selv svært krevende, ikke minst når det kommer til arbeidsmiljø og HMS. Egnede boliger der tjenester kan mottas, samt bedre muligheter og bedre systemer for tilrettelegging av eksisterende bolig kan bedre arbeidsforhold for hjemmebaserte tjenester. Det vil ikke bli bygd nok nye egnede boliger, hvilket betyr at det må tilpasninger til i massen vi har. Digitale søknader på tilskuddsmidler er krevende ikke bare for eldre: mange brukergrupper har mangelfull digital kompetanse. Per i dag oppleves det utfordrende for fagpersoner i småkommuner å bistå brukere/innbyggere med dette. Det er også tidkrevende og tar vekk verdifull tid som kunne vært brukt mer personrettet. Det er et stort behov for bedre systemer og retningslinjer -likhet i hele landet-, ikke minst vil dette være viktig etter «*Bo trygt hjemme-reformen*». Dette må være et nasjonalt initiativ.
- Sykehjemmene må organiseres og bygges annerledes enn gårsdagens og dagens bygg, og bli definert som *Minisykehus*. Dagens institusjonsdrift og inneliggende pasienter er i behov av mer tilpasset utstyr, riktig og økt kompetanse og videreutdanning blant helsepersonell tilsvarende utdanningsnivået i spesialiserte sykehusavdelinger. Det er både en lokal og en nasjonal oppgave å tydelig definere sykehjemsbegrepet: mange innbyggere har fremdeles en forståelse av at sykehjem er

tilvarende tidligere aldershjem: et sosialt og godt sted der de fleste fremdeles evner stor grad av egenomsorg. Dette er ikke tilfellet i dagens kommunale institusjoner. Sykehjemmenes funksjon per i dag er en konsekvens av samhandlingsreformens krav til ivaretagelse av pasienter på kommunalt nivå.

- Det må tilrettelegges for at helsepersonell kan stå lenger i jobb, dette er også poengtert i rapporten. Kongsvinger kommune ønsker å henvise til NOU 2023:5 *Den store forskjellen*, der manglende fokus på kvinnehelse er en medvirkende årsak til at mange yrkesgrupper innen helsefagene har en lavere gjennomsnittlig pensjonsalder og en høyere andel uføretrygdede. Tilrettelegging for å stå lenger i jobb må samtidig medføre at helseutfordringer møtes.

- «Hus-og-hytte» - kombinerte stillinger innen tjenestene er et begrep kommisjonen innfører gjennom rapporten. Dette kan være en delløsning som kommunene også i dag i økende grad bruker. Samtidig er krav til spesialkompetanse innen mange av tjenesteområdene i kommunehelsetjenesten ikke alltid forenlig med slike kombinerte stillinger. Nødvendig opplæring er et diffust begrep, og helsepersonellens opplevelse av manglende kunnskap og mestring i en slik differensiering av arbeidssteder kan i verste fall medføre ytterligere flukt fra helse- og omsorgsyrker. Kommunen må ha stor grad av vurderingsansvar på når og om denne stillingsdelingen er hensiktsmessig.

- Digitalisering og teknologisk utvikling: rapporten poengterer at dersom digitalisering og teknologi utvikles, implementeres og anvendes riktig, kan det bidra til økt effektivitet og til at personalet i enda større grad brukes til å ivareta kjerneoppgavene sine. Det er vanskelig for kommunen å være uenig med dette. Men vi stiller spørsmål rundt kapittelet om gevinstrealisering ved bruk av velferdsteknologi i kommunene: det vises til en rapport fra *Produktivitetskommisjonen* (NOU 2016:3) som beregnet mulige besparelser på kr. 25 mill. årlig i en norsk gjennomsnittskommune dersom den ved hjelp av velferdsteknologi tilbyr tilfredsstillende tjenester hjemme til brukere med moderat behov for bistand. At denne analysen som ble utarbeidet for sju år siden -med datidens svært begrensede tilgang på velferds- mestrings- og trygghetsteknologi som kommunene tok i bruk- ligger til grunn for antatte besparelser undres det over. Det er videre mangelfulle diskusjoner rundt hvordan gevinster beregnes, og hvordan besparelser defineres. Eidskog kommune deler opplevelsen av at teknologi og digitalisering i økende grad skal og må brukes, men er gjennom erfaring av den oppfatning at gevinsten i all hovedsak ligger i **unngåtte for store økninger i personellressurser samt bedre kvalitet i tjenestetilbudet som samsvarer til en viss grad med rettighetsfesting av tjenestetilbud.**

- Frivillige som ressurs har ikke fått en stor plass i kommisjonens rapport: kommunen opplever dette som positivt, siden tidligere stortingsmeldinger og rapporter i større grad har lagt til grunn at utfordringene kan løses med større bruk av frivillighet.

Frivillighet kan imidlertid ikke planlegges, og frivillig arbeid knyttet direkte inn mot helse- og omsorgstjenester dekker per i dag kun 3-5 % av frivillig innsats i Norge.

Eidskog kommune stiller spørsmål ved kapittel **7.2.5-Frivillig sektor og**

**brugerorganisasjonens rolle.** I beste fall er ordlyden i dette avsnittet misvisende og kan lett mistolkes: *«Helsefrivilligheten har en lang tradisjon for å bidra til å løse samfunnsutfordringer. Drift av sykehus og rehabiliteringssenter er gode eksempler. Denne type organisasjoner gir et viktig supplement til og utfyller de offentlige helse og omsorgstjenestene. Disse består i dag av mange ulike og mangfoldige aktiviteter og tiltak»* (s.123-124). Sykehus og rehabiliteringssentre driftes ikke av helsefrivillighet, enkelte kan imidlertid driftes av stiftelser og ideelle organisasjoner og er da et supplement til de offentlige tjenestene.

## Avsluttende kommentar

Kommunen opplever at NOU 2023:4 *Tid for handling* kun i noen grad møter mandatet som ble gitt kommisjonen. Den møter heller ikke forventningene om *«videre gå inn på tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet på kort og lang sikt»*. Rapporten gir ingen god begrunnelse i et bærekraftøkonomisk perspektiv

hvorfor den mener andelen ansatte i helse- og omsorgstjenesten ikke bør bli større. De tiltakene som er beskrevet gjennomføres i stor grad allerede i dag ute i kommunene. Oppgaveforskyvning/oppgaveglidning krever også at det er tilstrekkelig antall personell med riktig kompetanse som oppgaver kan overføres til. Ved oppgaveglidning fra tjenestene mot pasienten selv, pårørende og/eller frivillighet må det også tas større diskusjoner rundt forventninger fra storsamfunnet og økt rettighetsfesting som i realiteten gir økte krav om flere og sterkere tjenester.

Kommunen opplever **vedlegg 1** i rapporten som interessant og grunnlag for gode fremtidige diskusjoner rundt tiltak og løsninger. Disse innspillene burde kanskje i større grad vært implementert i helsekommisjonens rapport.

Helsetjenesten er ikke en enkelt unison samfunnssektor, og andelen av norsk økonomi som beslaglegges av helse- og omsorgstjenester er midt på treet i europeisk sammenheng (OECD). At helsepersonellkommissjonen ønsker 5 milliarder kroner avsatt til forskning på hvordan offentlige helsetjenester kan redusere antall ansatte per pasient synes å understreke at rapporten i liten grad kommer med løsningsforslag og tiltak kommunen er i behov av for fremtiden.