

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep.
0030 OSLO

Oslo, 15.05.2023
Vår ref. 23/339-10
/OYNI
Deres ref. 23/92-

Att:

Høring - Helsepersonellkommissjonens NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Landsorganisasjonen i Norge (LO) viser til Helse- og omsorgsdepartementets brev datert 2. februar 2023 om ovennevnte høring.

LO vil som en overordnet referanse vise til den norske modellen for politisk og økonomisk organisering med sine tre pilarer, hhv. makroøkonomisk styring for full sysselsetting, arbeidslivsmodellen med den kollektive lønnsdannelsen, og den universelle velferdsstaten. Denne modellen har sikret høy sysselsetting og yrkesdeltakelse, et relativt lavt konfliktnivå i arbeidslivet, høy grad av tillit og lav ulikhet.

I velferdspilaren inngår sentrale inntektssikringsordninger og velferdstjenester som skal sikre mot inntektstap grunnet arbeidsløshet, sykdom og uførhet og sørge for behandling og omsorg. Dette er også et viktig element som bidrar til å gjøre den norske økonomien svært omstillingsdyktig.

I den norske velferdsstaten utgjør helse- og omsorgstjenesten selve fundamentet. Disse tjenestene har vi for å sikre gode tjenester til alle i hovedsak valgt å organisere i offentlig regi. For at den norske modellen skal fungere godt, er vi avhengig av at helse- og omsorgstjenesten også fortsatt er organisert i offentlig regi. Dette er viktig for å sikre nødvendig oppslutning om velferdsstaten og vår samfunnsmodell.

Helsepersonellkommissjonens rapport må ses i denne sammenheng, og ikke bare som en utredning på et avgrenset område. Det å holde på og rekruttere tilstrekkelig og de rette typer helse- og omsorgspersonell i fremtiden vil være viktig for å sikre velferdsstaten og samfunnsmodellen.

LO mener Helsepersonellkommissjonen har gjort viktig arbeid og berører mange sentrale spørsmål og problemstillinger om fremtiden for helse- og omsorgstjenestene. Det lanseres også flere konstruktive løsningsforslag som LO kan slutte seg til, mens andre er vi mer kritiske til. LO mener blant annet at vi er nødt til å være mer åpne for hvor stor andel helse og omsorgstjenestene kan måtte komme til å utgjøre av den framtidige sysselsettingen.

Andel av framtidig sysselsetting

Helsepersonellkommissjonen mener at andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå, tjenestene sett under ett. En vesentlig begrunnelse for dette er at *«Dersom dagens utvikling fortsetter, blir det stadig færre av de sysselsatte som arbeider i næringer som bidrar netto finansielt til fellesskapet, mens stadig flere blir sysselsatt i næringer som produserer velferdstjenester, og som dermed er netto forbrukere av fellesskapets samlede ressurser.»*

Landsorganisasjonen i Norge

Torggata 12, N-0181 Oslo E-post: lo@lo.no www.lo.no Telefon: +47 23 06 10 00 Organisasjonsnummer: 971 074 337
Kontonr.: 9001 07 00182 Faktura på e-post: 971074337@autoinvoice.no Elektronisk faktura (EHF): 9908:971074337



Uavhengig av økonomiske forhold mener kommisjonen at en økende andel sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene vil hemme mulighetene for utvikling for andre samfunnsområder og næringer. Om kort tid vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten, mener kommisjonen. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse- og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Kommisjonen mener derfor at det må bli færre ansatte per pasient.

LO er stiller seg undrende til en slik tilnærming. Det er ikke slik at virksomheter i privat sektor kun er bidragsytere til fellesskapet mens virksomheter i offentlig sektor er netto forbrukere av fellesskapets ressurser. Et privat sykehus er ikke en bidragsyter mens et offentlig sykehus bare bruker verdier. Det er heller ikke slik at det bør være kommisjonens antagelser om andre næringers framtidige behov for personell som kan være styrende for antall ansatte i offentlig helse og omsorgstjenester i framtiden.

For LO er det de reelle helsetjeneste- og omsorgsbehovene i befolkningen som må være utgangspunktet. Hvis det offentlige ikke leverer tjenestene, vil de private gjøre det i stedet. Den offentlige tjenesteproduksjonen bestemmer således ikke andelen sysselsatte. Det gjør etterspørselen eller behovet for slike tjenester samlet sett. Det er nødvendig å jobbe for å bedre produktiviteten, men det er begrenset hvor mye det vil redusere behovet for personell. Som kommisjonen selv påpeker så er mange oppgaver i tjenestene svært arbeidsintensive.

Det vil være en stor etterspørsel etter helsetjenester i framtiden, særlig når befolkningen bli eldre. Når andelen eldre øker kan det imidlertid redusere etterspørselen etter andre tjenester, og øke etterspørselen etter velferdstjenester. Hvis det offentlige begrenser sine tilbud, vil det medføre økt etterspørsel etter private tjenester på dette området. Det er en utvikling LO vil advare mot.

Det er viktig med en realistisk tilnærming til behovet for helsepersonell i framtiden. LO mener at premisset til kommisjonen da blir feil, og advarer mot å dimensjonere utdanningen i årene framover med det som utgangspunkt. Det vil kunne medføre knapphet på personell og overgang til private løsninger for de som har råd til det. Med mangel på utdannet personell vil private ta fra de offentlige tilbyderne, og utviklingen blir en nedadgående spiral for det offentlige helsevesenet.

Innsatsområder

Vi har valgt å organisere høringssvaret med utgangspunkt i de seks innsatsområdene rapporten er bygget opp omkring. I tillegg vil vi gå nærmere inn på kvinnehelse:

1. Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Helsepersonellkommisjonen ønsker at det skal utredes hvordan organiseringen og samhandlingen i helse- og omsorgstjenestene kan bli bedre. LO er enige med kommisjonens vurderinger om at det fremdeles er store utfordringer knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. LO ser også at samhandlingsreformen ikke har fungert godt nok, men mener at det også innenfor dagens styringsstruktur kan gjøres mye for å bedre organisering og samhandling.

LO vil påpeke at de ansatte representerer viktig kompetanse og må være sentrale aktører for å gjennomføre gode samhandlingstiltak i helsefellesskapene. De tillitsvalgte må få reell mulighet til å medvirke til gode beslutninger i samhandlingen mellom sykehusene og kommunene.

Som eksempler viser våre medlemsforbund til tilbakemeldinger fra mange medlemmer om dårlig kommunikasjon og overdreven bruk av elektroniske meldinger mellom tjenestenivåene. Det bør være større bruk av direkte og muntlig kontakt, og det bør i større grad tas i bruk samarbeidsmøter hvor



representanter for begge nivåene, samt pasient og pårørende kan være til stede og sammen finne den beste løsningen. Det pekes også på at det er alt for få sosialfaglig ansatte i spesialisthelsetjenesten, og at økt satsing på sosialfaglig kompetanse i forbindelse med overgangene mellom spesialisthelsetjenester og kommune vil gi bedre behandlingsforløp og forbygge reinnleggelser.

Det er ikke opplagt at en samlet organisering av hele helse- og omsorgstjenesten vil løse de grunnleggende utfordringene med god tilgang på og stabilisering av arbeidskraft. Organiseringen hvor primærhelsetjenesten er et kommunalt ansvar sikrer tjenester nær pasientene, delvis uavhengig av geografi. Hvis det skal være levende distriktskommuner må det også være grunnleggende helsetjenester lokalt. LO er bekymret for en sentralisering dersom man flytter ansvaret fra lokalt til regionalt eller nasjonalt nivå. LO vil også trekke fram at det er en særlig styrke for primærhelsetjenesten at den har tydeligere politisk styring enn spesialisthelsetjenesten.

LO støtter at det bør settes ned et utvalg som skal se på organisering av helsetjenestene, men vil poengtere at utredningen ikke kun bør se på sammenslåing av nivå, men også på hvordan dette kan organiseres bedre med utgangspunkt i dagens nivådeling. LO vil advare mot å tro at en sammenslåing av nivåene i seg selv vil føre til bedre tjenester. Det andre forslaget til kommisjonen er at det skal utredes en fremtidig bærekraftig sykehusstruktur. En framtidig løsning må ivareta både behovet for faglige fellesskap, og behovet for lokal beredskap og trygghet for innbyggere utenfor byene. LO vil bemerke at sykehusutvalget nettopp har levert sin utredning NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus, og at eventuell ny utredning må ses i sammenheng med den.

Helsepersonellkommisjonen kunne med fordel drøftet hvordan private aktører i helse- og omsorgstjenesten vil kunne påvirke behovet for helsepersonell. Historisk har man kunnet overlate til profesjonene å foreta vurderingen av hva som er nødvendig, og dermed hva som skal finansieres av fellesskapet. Med økt bruk av private tilbydere innenfor helse- og sosialtjenesten, har profittmotivet blitt introdusert i denne vurderingen. Dette endrer systemets spilleregler og for at de offentlig finansierte tjenestene fremdeles skal ha en sammensetning i tråd med nødvendighetskravet, må de private aktørenes skjønnsutøvelse i større grad kontrolleres. Kontroll er kostbart. Avviklingen av godkjenningsordningen i fritt behandlingsvalg var derfor et skritt i riktig retning og forslaget om å innføre godkjenningsordning for private sykehus et annet.

Bruk av private aktører for å produsere offentlig finansierte helsetjenester vil uvilkårlig, som følge av profittmotivet, dreie perspektivet bort fra spørsmålet om helsehjelpen er nødvendig til et spørsmål om brukertilfredsstillelse, for ikke å si kundetilfredsstillelse.

LO mener at konsekvensene for personellsituasjonen i helsetjenestene også bør ses på i lys av at private aktører gjennom åtte år med borgerlig styre har økt sin tilstedeværelse betydelig og med det lagt grunnlaget ikke bare for offentlig finansierte og privat utførte helsetjenester, men også for privat finansierte og privat utførte helsetjenester. Etter vårt syn bidrar begge deler til at personellutfordringene i helsetjenestene er blitt større enn nødvendig. LO mener at man derfor bør vurdere tiltak som kan hindre at helsepersonell tappes fra det offentlige til private aktører.

Under punktet om organisering vil vi også inkludere en kommentar om psykiatriens situasjon og utvikling i Norge. Fra flere hold, bla. også fra Riksrevisjonen, har det framkommet til dels alvorlige bekymringer om situasjonsbildet. Mange mennesker med behov for psykisk helsehjelp opplever ikke å få et kvalifisert og reelt behandlingstilbud, og om man gjør det er også avhengig av hvor i landet man bor.



Antallet døgnplasser i psykiatrien er drastisk redusert over en lengre tidsperiode, uten at tilbudet i kommunene er tilfredsstillende utbygd. I de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) meldes det om at behandlere får mindre tid og rom for tilstrekkelige inngående behandlinger som kan være virksomme grunnet bla. overdrevne krav til dokumentasjon, kontroll, rapportering, møter og generell funksjonærvirksomhet. Noe som også har medført en bevegelse av fagfolk over til privat praksis. Det er videre for få driftshjemler for privatpraktiserende psykologer knyttet til helseforetakene som gir svært kostbare behandlingsløp for de som må oppsøke spesialister uten driftsavtale. Vi er allerede i ferd med å få et klassesdelt psykologtilbud, som favoriserer de med god råd.

Det er ikke gitt hvordan slike utfordringer kan angripes. Men utvilsomt bør det også her settes søkelys på hvordan helseforetaksmodellen fungerer og negative utslag av den, jamfør byråkratiseringen av DPSene henvist over, og andre utslag.

2. Oppgavedeling

Helsepersonellkommissjonen gir flere konstruktive anbefalinger innenfor dette punktet, blant annet lanseres en rekke generelle prinsipper for riktig oppgavedeling i enhetene, en vektlegging av folkehelsearbeid og forebygging, styrket brukermedvirkning og forslag om innføring av kombinerte stillinger, såkalte «Hus-og-hytte»-stillinger.

Når det gjelder folkehelsearbeidet og det forebyggende arbeidet, mener vi dette må prioriteres høyere enn det gjøres i dag. Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt og tverrfaglig og har stor betydning for helse- og omsorgssektoren. I et systematisk folkehelsearbeid skal kommuner og fylkeskommuner ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen i sin kommune/sitt fylke og de faktorer som påvirker helsetilstanden. Dette er nedfelt i folkehelseloven.

Vi savner et sterkere fokus på sosial ulikhet i helse. Selv om de økonomiske ulikhetene er relativt sett lave her i landet, gjelder ikke dette for sosial ulikhet i helse. Vi vet fra forskningen på feltet at det er betydelige levealdersforskjeller, også i ulike yrker, ulike sykdomsbilder, helserelaterte livsstilsforskjeller og ulik helserelatert atferd i ulike klasser og sjikt. De best stilte finner vi blant de med høyere utdanning og inntekt.

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet er del av folkehelsearbeidet. Kommunenes og fylkeskommunenes forpliktelser innebærer her arbeid for å fremme psykisk helse, ernæring og kostholdsrådgivning, arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, i tannhelsetjenesten, i smittevernet, som noen eksempelområder. Her er samarbeidet mellom viktige faggrupper av avgjørende betydning, samt at kommunen/fylkeskommunen i praksis prioriterer dette arbeidet. Når det gjelder psykisk helse og psykiske lidelser er det viktig at det kommunale tilbudet utover fastlegeordningen styrkes, som med utbyggingen av ordningen med kommunepsykologer, et fungerende ettervern for pasienter i psykiatrien som kan hindre reinnleggelser i sykehus, mv.

LO støtter at det bør iverksettes et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenesten i hele landet. Videre at kommunelegens samfunnsmedisinske ansvar tydeliggjøres med sikte på å styrke samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene. Dette vil kunne styrke folkehelsearbeidet og det forebyggende og helsefremmede arbeidet. Vi deler også synet på at det bør utredes hvordan erfaringskonsulentene i større grad kan inngå i arbeid som omfatter helsefremming, forebygging og lavterskeltilbud, i psykisk helsevern især.

Når det gjelder «Hus og hytte» -modellen og kombinerte stillinger, ved at helse- og omsorgspersonell kan jobbe flere steder med hovedstilling ett sted, mener vi partene i arbeidslivet må inn i det videre



arbeidet. For mange vil en slik løsning ikke passe eller være ønsket, og hva en slik deling av jobb/oppgaver kan bety for arbeidsmiljøene er også viktig å se nærmere på.

Kommisjonen går inn for en forsterket satsing på utdanning av fagarbeidere for helse- og omsorgstjenestene, samt for en styrking av en generalistkompetanse i både kommunene og helseforetakene. Begge deler er noe vi kan slutte oss til. Men personellsituasjonen kan ikke «løses» ved slike grep alene, og betydningen av spesialistkompetanse må ikke undervurderes.

LO mener også at det må satses på sosialfaglig kompetanse, spesielt i forbindelse med overgangene mellom spesialisthelsetjenester og kommune. Sosialarbeidere har en uutnyttet system- og samhandlingskompetanse, og den må benyttes bedre i fremtiden. Dersom sosialarbeider kobles på behandlingen tidlig i pasientforløpet, vil støtteapparatet i kommunen stå klar ved utskrivning av pasienten. Dette gjelder alle spørsmål som er relevante for pasienten og som knyttes til familie, barn, NAV, kommunehelsetjeneste, barnevern, bolig, økonomi, arbeid, rettigheter osv.

3. Arbeidsforhold og arbeidstid

Kommisjonens rapport tar i kapittel 9.3 opp en rekke viktige arbeidsmiljøforhold som er hentet fra forskning. Forhold som nevnes er grad av selvbestemmelse, betydningen av hvile, bevaring av faglig integritet, rolleforståelse, rollekonflikt, balanse mellom krav og kontroll, emosjonell belastning, kompetanseutvikling, systematisk avviksbehandling, tid til ledelse, stedlig ledelse, ytringstrygghet og vold og trusler. Dette er forhold som påvirker ansattes opplevelse av egen arbeidssituasjon, deres helse og følgelig deres sykefravær og vilje til å stå lenge i arbeidet.

Når kommisjonen tar for seg «Trivsel i jobb – hvordan motivere til heltidsarbeid og legge til rette for å arbeide lenge» i 9.5.1, er et hovedforslag arbeidsglede og konseptet «Joy in work». Arbeidsmiljø handler om arbeidet. Det handler om hvordan det organiseres, planlegges og gjennomføres. Innen området arbeidsmiljø, er det opplevelsen av arbeidsoppgavene og arbeidssituasjonen som kan motivere til heltidsarbeid og å arbeide lenge. Dette påvirkes av de tidligere nevnte organisatoriske arbeidsmiljøforholdene. Å innføre individrettede konsepter som skal skape arbeidsglede bryter både med forskning på feltet og prinsippene partene ble enige om i forbindelse med nåværende IA-avtale.

I Norge har vi god kunnskap om hva som virker, og vi har verktøy for å kunne jobbe godt og forebyggende med ansattes arbeidsmiljø. For at det skal fungere kreves det kompetanse hos arbeidsgiver, tillitsvalgtapparatet og vernetjenesten. Og det krever at arbeidet blir prioritert og jobbet med systematisk over tid. Innen helsevesenet må det faktiske risikobildet gjenspeiles i det systematiske HMS-arbeidet. Dette er arbeidsplasser med stor grad av kvantitativ, kvalitativ og ikke minst emosjonell belastning. Arbeidspresset er høyt, selvkontrollen er lav og arbeidssituasjonen preges ofte av manglende mulighet til nødvendig hvile slik at belastningen, og dens uheldige effekt på helse, akkumuleres over tid. Forskning gjennomført ved STAMI viser i tillegg at arbeidstakere som ofte må undertrykke følelser, eller vise følelser som ikke er i overensstemmelse med egne følelser, har en økt risiko for sykefravær. Dette er hverdagen til helsepersonell og må tas på alvor i arbeidsmiljøarbeidet.

De offentlige helse- og omsorgstjenestene er døgkontinuerlige og tilbyr tjenester i helger, helligdager og ferier året rundt. Det betyr at det er stort personellbehov i tjenestene, men behovet er ikke konstant gjennom hele døgnet, og varierer gjennom uken. Dette skiller virksomhetene i disse tjenestene i stor grad for virksomheter som også driver året rundt, men som har samme bemanningsbehov døgnet rundt. Derfor må det i de offentlige helse- og omsorgstjenestene utarbeides arbeidsplaner (turnuser) for arbeidstakere som må være i tjeneste ulike dager i uka og til ulike tider på døgnet. Det er krav om at slike arbeidsplaner skal drøftes med tillitsvalgte. Arbeidsplaner som baseres på gjennomsnittsberegning av arbeidstid krever avtale med tillitsvalgt.



Kommisjonen sier at mange arbeidsgivere mener at dette i praksis gir de tillitsvalgte veto rett, og på den måten undergraver arbeidsgivers styringsrett. Arbeidstakernes representanter viser til at dagens ordning fungerer godt, fordi det kan tas hensyn til de lokale forholdene på en fleksibel måte. De mener i tillegg at det ikke er dekning for å si at ordningen blir misbrukt.

Et flertall i kommisjonen oppfordrer partene til å finne løsninger som støtter opp under prinsippet om virksomhetenes ansvar og myndighet. De mener videre at en nærliggende løsning vil være å fastsette bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstid og eventuelt andre forhold som krever avtale i de sentrale tariffavtalene, slik det er gjort i andre sektorer. De mener i tillegg at dersom partene ikke kommer fram til en slik løsning, bør myndighetene iverksette en gjennomgang av arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser for å sikre at arbeidsgiver har myndighet til å ivareta ansvaret sitt. Et mindretall mener at det ikke er behov for å inngå sentrale avtaler eller å gjennomgå arbeidsmiljølovens bestemmelser. De mener at dagens ordning med lokale avtaler bør videreføres.

Fordi arbeidstidens lengde og organisering, når på døgnet den plasseres, og kompensasjon i lov- og avtaleverk i stor grad styrer arbeidstakernes liv, er rett til medbestemmelse avgjørende. LO mener derfor at det er viktig at gjennomsnittsberegning av arbeidstid forbeholdes virksomheter som har tariffavtale med fagforeninger med innstillingsrett.

Flertallets forslag bygger etter LOs syn opp om Arbeidsmiljølovens logikk der mindre unntak fra loven kan avtales med arbeidstaker, større unntak avtales med (lokale) tillitsvalgte og omfattende unntak avtales med fagforeninger med innstillingsrett. Det er etter LOs vurdering mye som taler for at det bør vurderes å opprette sentrale særavtaler med bestemmelser om gjennomsnittsberegning. Det åpner også muligheten for å kunne tilrettelegge for større andel heltidsstillinger. For å understøtte det lokale partssamarbeidet, bør godkjenningsreglene utformes slik at det meste av dagens praksis videreføres. Det er imidlertid lite som taler for at det er behov for gjennomgang av arbeidsmiljøloven slik flertallet foreslår.

4. Utdanning og kompetanseutvikling

Et velfungerende utdannings- og kompetansesystem er avgjørende for å sikre god kompetanse til helse- og omsorgssektoren. Det er nødvendig for å få effektive tjenester med god kvalitet, og for at stadig nye oppgaver, arbeidsformer og teknologi skal kunne utføres på forsvarlig måte. Gode kompetanseutviklingsmuligheter er videre viktig for at helse- og omsorgssektoren skal oppleves som en attraktiv karrierevei og arbeidsplass slik at mange nok søker seg til sektoren og blir værende. Men det kan også spille en rolle i å få ned sykefravær, jamfør at det er nær sammenheng mellom opplevelse av å kunne «mestre» arbeidsoppgaver og ha god helse.

En strategi for å sikre tilstrekkelig kompetanse til helse- og omsorgssektoren framover bør være en naturlig del av langtidsplanen for livslang læring som regjeringen har varslet i Hurdalsplattformen. Gode voksenopplæringstilbud med mulighet for økonomisk støtte til livsopphold, er sentralt.

Bransjeprogram for kompetanse er et verktøy for kompetanseutvikling som LO har tatt til orde for at bør oppskaleres og videreutvikles, og som kan bli en viktig inngang for å sikre etter- og videreutdannings-tilbud skreddersydd til behovene i helse- og omsorgssektoren. En styrke ved bransjeprogrammene er at det er sektorene selv gjennom partssamarbeidet som identifiserer behov og kommer med forslag til utvikling av kompetansehevede tilbud.

Tilbudet om kompletterende utdanning for personer med helseutdanning utenfor EØS bør utvides. Norskopplæring må inngå som en integrert del av all helsefaglig utdanning uansett nivå.



I en tid der mange høyskoler er blitt universiteter, har LO påpekt behov for å passe på at profesjonsutdanningenes styrker og egenart blir tilstrekkelig ivaretatt. Det er f.eks. helt sentralt at det blir god balanse mellom praksis og teoridelene av utdanningene, noe bl.a. sykepleieutdanningen har utfordringer med.

LO støtter i hovedsak kommisjonens forslag til tiltak, og er særlig godt fornøyd med at utredningen løfter fram helsefagarbeideren. Å satse på fagarbeideren både når det gjelder muligheter for EVU og i forhold til oppgavedeling er svært viktig. Vi støtter forslag om at det igangsettes nye forsøk med y-veien for helsefagutdanninger. Det er særlig viktig å få i gang forsøk der rekrutteringsutfordringene er størst og der det er potensiale og vilje til å prøve ut alternative opptaksutvalg.

LO er sterkt kritisk til ordninger og modeller som, under dekke av å skulle være «fleksible», reduserer opplærings tid og omfang. Det er behov for helhetlige, godt strukturerte opplæringsløp, som sikrer at de som går igjennom dem får den kompetansen de skal ha i henhold til både læreplan og tjenestens krav. Dette gjelder både for ungdom og voksne. Utfordringen er mer at virksomhetene mangler kunnskap om de mulighetene som finnes enn at utdanningene er for lite smidige. LO vil sterkt advare mot en utvikling der kravene til å fullføre opplæring og oppnå fagbrev blir utvannet. Dette vil på sikt undergrave fagets attraktivitet, legitimitet og anerkjennelse og gjøre oppgavedelingen for eksempel mindre aktuell.

Vi er enig i kommisjonens vurdering i at høyere yrkesfaglig utdanning er viktig virkemiddel for å øke kompetansen i helsesektoren. En synliggjøring av karriereveier som oppstår gjennom fagskoleutdanning kan i seg selv motivere flere unge til å ta og fullføre fagbrev.

Høyere yrkesfaglig utdanning er en viktig karrierevei for fagarbeidere og kvalifiserer til flere og nye oppgaver, men har foreløpig ikke blitt satset tilstrekkelig på.

I skoleåret 2020/ 2021 ble fullført 2 161 fagskoleutdanninger innen 44 ulike retninger innen helse- og velferdslag. Helsefagene med flest fullførte utdanninger var psykisk helsearbeid, psykisk helsearbeid og rusarbeid (ettårig), velferdsteknologi (halvårig) og demensomsorg og alderspsykiatri (ettårig). Samtidig er behovet langt større.

LO etterlyser derfor en kraftig opptrapping innenfor høyere yrkesfaglig utdanning. Særlig fordi videreutdanning på fagskolene er viktige for å løse kompetansebehovene i helsesektoren. I tillegg savner LO en vurdering av nye tilbud og viser til at flere fagskoler har tatt til orde for å teste ut nye utdanninger for fagskolesykepleiere, tilsvarende det som finnes i form av tekniske utdanninger til fagskoleingeniør.

Det eneste som i dag skiller dem fra andre er en egen lønnsstige i KS-området, i de tilfeller der arbeidsgiver mener fagskoleutdanningen er relevant for arbeidsfeltet. I lønnsstigen heter det at de med fagskoleutdanning skal ha en egen stige, med rundt 20 000 kroner høyere lønn enn fagarbeidere uten fagskole. LO vil anbefale at det etableres en tydelig plass i virksomhetens arbeidsdeling, karriereordninger og at partene tar opp lønnsstrukturen. På denne måten kan vi sikre at fagskoleutdanning blir et virkemiddel som skaper karrieremessig oppdrift for fagarbeidere i helse og sosial.

5. Prioritering og overbehandling

Helsepersonellkommisjonen skriver i sin rapport (side 241) at den internasjonale oppmerksomheten om overdiagnostisering har økt de siste 10-15 årene. Forskning og kartlegging har avdekket at overdiagnostikk og overbehandling har et omfang som truer både helsetjenestens bærekraft og



pasientenes helse. I Norge har det vært lite debatt om dette temaet. Trolig er dette et omfattende problem i Norge også og kommisjonen viser til noen norske studier som indikerer dette. Et nytt tilbud skaper sin egen etterspørsel, også når tjenestene ikke er anbefalte (side 251). Den medisinsk-teknologiske utviklingen er en selvstendig driver som ikke alltid vil være i samsvar med en samfunnsmessig optimal prioritering og fordeling av helsetjenestene. Unødvendige helse- og omsorgstjenester fører også til en belastning for personellet og kan fortrenge andre tjenester som er faglig forsvarlige og som ville ført til positive helsegevinster.

Helsepersonellkommissjonen etterlyser en holdningsendring i befolkningen og blant politikere og helsepersonell som kan bidra til å redusere etterspørselen etter unødvendige helse- og omsorgstjenester (side 252). LO er enig i dette, men vil påpeke at det er en stor og langsiktig utfordring. Kommisjonen uttrykker også på dette punkt bekymring for at resultatet kan bli økt etterspørsel etter privatfinansierte helse- og omsorgstjenester og en svekkelse av den offentlige tjenesten. Med det resultat at det kan gi personellmangel i offentlige tjenester og forrykke balansen mellom prioriterte og ikke-prioriterte tjenester. LO deler en slik bekymring som vil føre til en todelt og klassesdelt helse- og omsorgstjeneste. Vi mener vi allerede ser konturene av dette.

Vi slår oss imidlertid ikke til ro med måten kommisjonen ser for seg at dette problemet kan angripes på. Kommisjonen legger vekt på at det må komme til en økt forståelse i befolkningen og blant politikere og personell, som beskrevet over. Videre er det behov for informasjon om problemkomplekset, om unødvendig behandling, og tiltak mot bevegelse av personell over til privat sektor, som muligheter for kompetanseutvikling, et akseptabelt arbeidspress, mm.

Vi støtter slike tiltak, men her er det jo villigheten til å ruste opp den offentlige helse- og omsorgstjenesten som sådan og i allmennhet som må være hovedstrategien. Løsningen må være at behovet for private og kommersielle løsninger ikke blir presserende fordi den offentlige tjenesten fungerer tilfredsstillende. Det er også viktig fordi det å prioritere knappe ressurser blir langt mer krevende om markedet skal bestemme.

Helsepersonellkommissjonen foreslår å sette i gang et utredningsarbeid med sikte på å gjennomgå DRG-satsene for å se om takstene gir insentiver som ikke er ønskelige mhp. prioritering av helse- og omsorgstjenester. Dette innebærer å gjøre noe med selve insentivstrukturen som kan få konstruktive utfall. Dette bør sees i sammenheng med sykehusutvalgets rapport NOU 2023:8.

Videre anbefaler kommisjonen å vurdere behovet for å øke egenbetalingen for pasienter og brukere til ikke-prioriterte tjenester. Vi ser at det også er en etterspørselsside i dette bildet og at insentiver her kan tenkes å ha en funksjon i forhold til unødvendige helse- og omsorgstjenester. Imidlertid er vi skeptiske til en slik løsning. Det vil kunne bidra til et helsevesen der de som har økonomiske ressurser gjennom høye egenandeler kan få et subsidiert helsetilbud som andre med større behov ikke vil ha råd til.

Derimot vil det være svært viktig med en grundig prioriteringsdiskusjon rundt helsetjenester som skal tilbys av det offentlige. Det må være gode og objektive kriterier for både hvilke tjenester som skal tilbys og hvilke grupper som skal få tilgang til disse tjenestene. Egenbetaling vil ikke være en god fordelingsmekanisme.

6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Helsepersonellkommissjonen vektlegger det store potensialet for å forbedre helse- og omsorgstjenesten gjennom ny teknologi og digitale løsninger. Det er imidlertid få eksempler på at teknologiutviklingen har vært rettet mot å redusere arbeidskraftsbehovet (side 270). Dette forutsetter også økt digital



kompetanse blant personell og pasienter/brukere og i de helse- og sosialfaglige utdanningene. Vi slutter oss til dette.

Kommisjonen har et ganske optimistisk syn på digitalisering og skriver at «*Der velferdsteknologi tas i bruk, vil personellet kunne prioritere oppgaver som krever menneskelige relasjoner. Det vil føre til både bedre tjenester og mindre personellbehov*» (side 271). Kommisjonen mener også det er behov for nye grupper fagfolk i helse- og omsorgstjenestene med teknisk/digital kompetanse.

Det er klart at digitaliseringen griper inn i mange plan og nivåer i helse- og omsorgstjenesten, fra store datasystemer og logistikk-løsninger til et potensiale i bedre pasientbehandling.

Vi vil imidlertid advare mot en altfor stor grad av teknologioptimisme som fremkommer i Helsepersonellkommisjonens rapport. Helsetjenester dreier seg i stor grad menneskelige relasjoner og samhandling mellom pasient, personellet og pårørende, konkrete møter mellom mennesker i en arbeidsintensiv tjeneste. Å tro at vi kan løse utfordringene gjennom betydelig lavere bruk av menneskelig personell kan bli et blindspor.

7. Kvinnehelse

Helsesektoren er Norges største arbeidsplass for kvinner og vi savner et sterkere kjønnsperspektiv i kommisjonens rapport. I tråd med kvinnehelseutvalgets utredning (NOU 2023: 5) medfører manglende kjønnsperspektiv uheldige konsekvenser for politiske prioriteringer, samt at det bidrar til at man overser viktige kjønnsforskjeller som har betydning for bl.a. sykdomsrisiko.

Fullt forsvarlig arbeidsmiljø handler om hvordan vi planlegger, organiserer og gjennomfører arbeid. HMS og HMS-systematikk kom til norsk arbeidsliv gjennom oljeindustrien på 80-tallet. Offentlig sektor har adoptert det tradisjonelle HMS-arbeidet fra industrien, bygg- og anlegg og petroleumssektoren. Flere kvinnerike yrker i offentlig sektor preges i stor grad av andre risikofaktorer enn i de mannsdominerte yrkene. Tradisjonelt HMS-arbeid handler i stor grad om sikkerhet, og må «oversettes» når det skal brukes i relasjonelle yrker. Risikofaktorer som ikke registreres (typisk i avvikssystem) blir ikke en del av det systematiske HMS-arbeidet.

De vanligste risikoforholdene i kvinnedominerte yrker i offentlig sektor er knyttet til tidspress, belastning over tid med manglende muligheter for pauser, lav bemanning og dårlig organisering av arbeidet. Utfallet av risikoforhold i kvinnedominerte yrker er typisk belastningsskader – ikke ulykker.

Belastningsskadene er gjerne ikke godkjent som yrkessykdommer. Eksempelvis godkjennes slitasjeskader grunnet vibrasjoner fra arbeidsmaskiner, men ikke slitasjeskader grunnet tunge og ensidige pasientløft.

Med vennlig hilsen
LO Norge

Sissel Skoghaug
(sign.)

Roger Bjørnstad
(sign.)

Dette brevet er godkjent elektronisk i Landsorganisasjonen i Norge og har derfor ingen signatur.