



Den norske legeforening  
her.

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 28.3.2022

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

### Innholdsfortegnelse

<b>Høringssvar «Tid for handling» .....</b>	<b>1</b>
<i>Innledende betraktninger .....</i>	<i>2</i>
<i>DEL I kommisjonens tilrådninger .....</i>	<i>4</i>
Arbeidstidsordninger .....	4
Hus hytte .....	4
Generalister .....	5
Digitalisering .....	5
Allment samfunnsbidrag .....	5
Evalueringsrettigheter .....	5
Tilsynsmyndighetene må vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig .....	5
Omsorgsboliger .....	6
Ett felles nivå for helsetjenesten .....	6
Bærekraftig sykehusstruktur .....	6
Prioritering og reduksjon av overbehandling .....	6
Øke andelen helsefagarbeidere .....	7
<i>Del II Forhold som kan bidra til å dempe utfordringene .....</i>	<i>8</i>
Finansiering .....	8
Lønnsnivå i sektoren .....	8
Fleksible arbeidstidsordninger .....	9
Vektlegging av arbeidsmiljø .....	9
Tilpassede digitale løsninger .....	9
Egnede lokaler og utstyr .....	9
Arbeidsdeling .....	10
Honorering av ansiennitet .....	10
Dimensjonering av utdanningene .....	10
Rett bemanning og rett arbeidsbelastning .....	11
Mobilisering av arbeidsstyrken .....	11
Lokal ledelse og lokalt eierskap .....	11
Styrket vektlegging av fag og pasientsikkerhet .....	11
<i>Del III Ofs kommentarer til kommisjonens framstilling av utviklingstrekk og utfordringer .....</i>	<i>12</i>
Bemanning .....	12
Samlet ressursinnsats .....	13
Behovsvekst .....	13
Rekruttering .....	14

## Innledende betraktninger

Utvalget ble gitt i oppgave å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

Etter Ofs syn unnlater kommisjonen langt på vei å besvare dette helt sentrale spørsmålet. Kommisjonen har således ikke utført oppdraget de ble bedt om å utføre. Dette er sterkt beklagelig. Of antar at dette har sammenheng med kommisjonens hovedbudskap; *at en fortsatt økt personellvekst i helse- og omsorgstjenestene ikke er bærekraftig av hensyn til behov knyttet til øvrige samfunnsoppgaver*. Denne påstanden er fremhevet i rapportens sammendrag og gjentas en rekke ganger i delkapitlene. Påstanden har også vært fremhevet av kommisjonens leder ved presentasjon av rapporten. Of oppfatter at påstanden ikke er godt fundert, og at den kommer i veien for reelle løsningsforslag. Forskeren som har levert underlaget for framskrivningene, Erling Holmøy ved SSB, har uttalt til Dag og Tid (24 februar) at denne påstanden savner dekning, og at *den blokkerer for en fornuftig debatt*. Of deler vurderingen til Holmøy. Of oppfatter at kommisjonens begrunnelse for hovedtilrådingen om færre ansatt per pasient er at innenlands arbeidskraftreserve er begrenset, og at øvrige sektorer også må tilgodeses med arbeidskraft; *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*.

Kommisjonen går langt i å gjøre normative vurderinger om hvor den knappe ressursen arbeidskraft har størst verdi for samfunnet. Det presenteres som en bekymring at andelen (og antallet) helsepersonell har økt de siste tiårene. Det er høyst uklart hvorfor dette skulle gi grunnlag for bekymring. En tolkning av veksten i helsetjenesten er at utvikling i behandlingsteknologi og metoder har gitt muligheter til å levere behandling og omsorg til befolkningen som har igjen både har gitt økt livslengde og økt livskvalitet. Det har dermed vært en bruk av ressurser som åpenbart har hatt verdi, og økningen kan sees på som en bevisst prioritering av tilgjengelige ressurser. På samme måte bør en argumentere i forhold til framtidig bruk av knappe personellressurser. De må benyttes der de – i vid forstand – bidrar til størst verdiskapning. Økt levetid og bedre livskvalitet vil også fremover være verdiskapning på linje med eksemplene kommisjonen anfører; det grønne skiftet og forsvar. Hvordan ressursene allokeres vil være en politisk beslutning (basert på en korrekt forståelse av hva «verdiskapning» er) og kan ikke legges som en premiss av kommisjonen.

Det er ellers en fundamental misforståelse at offentlig produserte velferdstjenester er «netto forbruker av fellesskapets samlede ressurser». Det er ikke noe prinsipielt skille mellom verdiskapning i offentlig eller privat sektor. Verdiskapning i økonomien måles enten gjennom markedspriser (privat sektor) eller gjennom innsatsfaktorbruk (tjenester som ikke omsettes på et marked). Hva som gir verdi for et samfunn (og dermed verdiskapning) bestemmes dermed av våre preferanser, ikke av hvor aktiviteten skjer. Skulle en følge kommisjonens resonnement vil et MR bilde tatt på Aleris «bidra netto finansielt» - mens et MR bilde tatt på i sykehus være «netto forbruker». Dette gir ikke mening, og Of er overrasket over at denne type resonnementer har sluppet igjennom kvalitetskontrollen i kommisjonen.

Of oppfatter betydelig inkonsistens mellom de ulike delene av rapporten. I mange av utlegningene i del-kapitlene gis det nyanserte og gode framstillinger, men tiltakene

kommisjonen foreslår synes i mange sammenhenger å være malplassert eller stå i direkte motstrid til framstillingen som presumptivt skulle være underlaget. Fremstillingen gitt i kapittel 9 kan tjene som eksempel. Kommisjonen beskriver godt utfordringene med deltidsstillinger og sykefravær i sektoren, men forslagene til tiltak gjenspeiler ikke dette. Det er også betydelig diskrepans mellom rapportens sammendrag og de enkelte del-kapitlene. Fremstillingen i sammendraget er gjennomgående mindre nyansert og i større grad misvisende enn grunnlaget som er formulert i rapportens hoveddel.

Of omtaler kommisjonens beskrivelse av utviklingstrekk og utfordringer fremover i høringssvarets del III

## DEL I kommisjonens tilrådninger

### Arbeidstidsordninger

Of ser med bekymring på noen av forslagene som kommer frem. Blant annet tar et flertall i kommisjonen til orde for at avtaleverket bør endres slik at arbeidsgiver lettere kan pålegge arbeid utenfor det som i dag er arbeidsmiljølovens bestemmelser, uten å måtte involvere tillitsvalgte. Of er sterkt kritisk til det forslaget som vi mener vi vil svekke arbeidstakernes medvirkning og vil kunne gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde personell. I kommisjonens rapport framkommer det at (Moland 2021) en relativt beskjeden økning av antall helgevakter, vil løse de største utfordringene knyttet til å bemanne disse vaktene. Det vil dermed bidra til at flere kan bli tilbudt økt stillingsprosent. Of anser at denne beskjedne økningen vil kunne nås ved bruk av frivillige ordninger og bemanningscentre, jamfør erfaringene fra Helse Bergen og tidligere ordning med kompensert hyppigere helg ved Akershus universitetssykehus. Leger i sykehus har gjennom overenskomsten inngått avtale om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden, da avtalen har andre elementer som ivaretar tilsvarende hensyn. Of vil likevel sterkt fraråde å tilplikte øvrige arbeidstakere gjennomsnittsberegning, som utvalgets flertall skisserer som en løsning. Et slikt tiltak vil medføre at arbeidstakernes innflytelse på arbeidstidsordningene reduseres i vesentlig grad, og at rekrutteringen til sektoren svekkes. At et flertall i kommisjonen ikke kan se *at ansattes medbestemmelse ved oppsett av arbeidsplaner, jf. aml. § 10-3, blir svekket dersom avtale om gjennomsnittsberegning fastsettes i en sentral tariffavtale* kan ikke tillegges vesentlig vekt, når de berørte, altså arbeidstakersiden, ikke deler denne vurderingen.

### Hus hytte

Kommisjonen legger ned en del arbeid i noe de kaller for «Hus- og hytte». Det virker å være en slags kombinerte stillinger som kan inneholde litt forskjellig. For legenes vedkommende er det mest nærliggende å tolke dette som at det handler om det som i dag kalles ambulering. Det vil si at man har sitt faste arbeidsplass ett sted, men kan inngå en frivillig avtale om at man også kan arbeide et annet sted, som regel på et mindre sykehus mot en ekstra kompensasjon. Det er fornuftig å tenke at det også i fremtiden bør legges til rette for at de som kan og ønsker kan arbeide flere steder. Men Of mener at det også i fremtiden skal baseres på frivillighet og medføre ekstra økonomisk kompensasjon. Of erfarer at ordninger tilsvarende hus-hytte stillinger har vært forsøkt blant sykepleiere i Bergen, men at dette ble avsluttet da det ikke fungerte godt. Det å arbeide flere steder medfører ofte store praktiske ulemper med tanke på reiser og er vanskelig å kombinere med å ha barn. Det å legge opp til obligatorisk ambulering mener Of kan gjøre det vanskelig å rekruttere.

I «hus- og hytte»- konseptet lanserer kommisjonen også tanken om at man kan kunne arbeide innen forskjellig fagfelt innenfor samme geografiske behandlingssted. Her må man ta innover seg at dagens legespesialister har kompetanse innenfor sitt, ofte begrensede, felt og at utviklingen går mot økt subspecialisering. Kommisjonen lanser intensivavdelingen som en hytte der folk skal komme og arbeide ved behov. Dette har sannsynlig bakgrunn i den nylige koronapandemien der intensivkapasiteten ble satt på prøve. Of mener det er viktig at Norge har adekvat intensivkapasitet, men at den bør bemannes med helsepersonell som har sin faste tilhørighet der. Det å bemanne en intensivavdeling med helsepersonell som ikke arbeider der fast er noe som kan brukes i en krisesituasjon og ikke noe man kan basere vanlig drift på. Her må man også ha kapasitet for å håndtere forventede sesongvariasjoner.

## Generalister

Det pekes på behovet for generalister for å opprettholde en desentralisert akuttberedskap. Men her må man være klar over at ny spesialiseringsordning for leger går mot økt subspecialisering. Allmenmedisinerne er snart de eneste generalistene. De tidligere grenspesialitetene innen indremedisin og generell kirurgi blitt hovedspesialiteter. Dette som gjør at de nye spesialistene blir mindre generalister enn de tidligere var. Krav om økt volum og subspecialisering gjør at rommet for generalistene blir stadig mindre. Man må skille på hvilket tilbud som er viktig å ha nært pasienten og for hvilke tjenester det faktisk er mer fornuftig å sentralisere selv om det betyr lenger reisevei for pasienten. Etter Ofs syn er en generell tilrådning i retning av generalister vanskelig gjennomførbar. I stedet bør en vurdere å styrke kompetanse og behandling av pasientene som vil utgjøre et stort volum i de kommende årene, de skrøpelige eldre. Dette vil enklest kunne nås ved å øke antallet geriatere, og bidra til at lønns- og arbeidsvilkårene for denne spesialiteten er konkurransedyktige.

## Digitalisering

Digitale tjenester kan nok til en viss grad være kostnadsbesparende da man sparer reiseutgifter, men ikke nødvendigvis arbeids- eller personellbesparende for helsetjenesten. For at antall ansatte i helsetjenesten ikke skal øke mer enn nødvendig er det behov for å se på faktorer som gjøre at ansatte har en effektiv arbeidshverdag og får utnyttet sin kompetanse. Of støtter utvalgets tilrådning om at *Fremtidig teknologiutvikling og -implementering bør ha som formål å avlaste personellet og bidra til mindre behov for arbeidskraft i tjenestene.*

## Allment samfunnsbidrag.

Of støtter ikke forslaget om verneplikt i helsetjenesten, her kalt «allment samfunnsbidrag». Det er i dag ingen hindring for å tilby assistentstillinger eller lignende i helsetjenesten. Kanskje bør man heller se på mulighet for at elevene på videregående som trenger lærlingplass for å få fagbrev som helsefagarbeider faktisk får fullført utdanningsløpet sitt. Det finnes også rekrutteringstiltak, for eksempel “Menn i helse”, som man kan fortsette med å videreutvikle for å tiltrekke seg potensiell arbeidskraft. Men å pålegge mennesker tvunget tjeneste til sektorer som sliter med å rekruttere frivillig arbeidskraft synes inngripende for den enkelte, og Of stiller spørsmål ved hvor mange motiverte helsearbeidere man får ved en slik tvangstjeneste.

## Evaluering av rettigheter

Of støtter en evaluering av senere års innførte rettigheter på helse- og omsorgsområdet, for å få kunnskap om i hvilken grad de har ført til økte personellbehov. Of vil særlig fremheve at ventetidsordningene og ivaretagelse av pasientrettigheter og fristbrudd medfører et omfattende byråkrati og kontrollapparat som i liten grad gir direkte helseeffekt. Etter Ofs syn bør siktemålet i større grad være at behovet for helsetjenester innfris direkte. Dette forutsetter økt oppmerksomhet om prioritering og at tjenestene dimensjoneres i tråd med beregnet behov.

## Tilsynsmyndighetene må vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig

Of anser dette som et malplassert forslag. Tilsynsmyndighetene har ikke særskilt kompetanse til å vurdere om ressursbruken i tjenesten er forsvarlig. Etter Ofs syn bør prioriteringene i størst mulig grad skje ute i tjenestene, og avstemmes ved at styringssystemet innrettes slik at det er i stand til å fange opp manglende opp- eller nedprioritering av tjenestetilbudet. Of anser

at fagrevisjoner og underutvalg i styrene for fag, kvalitet og pasientsikkerhet kan være viktige bidrag.

#### Omsorgsboliger

Of støtter kommisjonens vurdering om at *det fra et personellperspektiv kan være mer hensiktsmessig å yte tjenester til disse pasientene og brukerne i omsorgsboliger eller andre større enheter som gir mulighet til bedre ressursutnyttelse. Enheter på en viss størrelse og der det er flere brukere eller pasienter vil gi stordriftsfordeler og kunne minske det totale behovet for personell. Samtidig vil slike enheter kunne være mer attraktive og stabile arbeids- plasser fordi bedre muligheter for samarbeid styrker grunnlaget for faglig støtte, kompetanseutvikling og trivsel. Stabilitet og faglighet kommer i sin tur pasientene til gode ved at den totale kvaliteten i tjenesteytingen styrkes.* Of erfarer at omsorgsbrukere med én eller et fåtall brukere kan bidra til høyere ressursinnsats og redusert trivsel både blant ansatte og brukere.

#### Ett felles nivå for helsetjenesten

Utvalgets flertall tilrår at det igangsettes en utredning med siktemål å etablere en felles organisering av helsetjenesten på ett nivå. Of erkjenner at det er betydelige utfordringer knyttet til organisering på to tjenestenivå. Of (og Legeforeningen til Hagen-utvalget) har tidligere tilrådd at det bør vurderes om sykehusene kan organiseres under regionene/ fylkeskommunene, i tråd med organiseringen i Danmark. Et slikt tiltak vil på sikt bidra til at større deler av tjenestene organiseres under regionene, og vil bidra til politisk forankring i styringen av helsetjenestene. Of vil imidlertid fraråde å organisere øvrige helsetjenester under de regionale helseforetakene eller helseforetakene. Of kan heller ikke se at dette er relevant for kommisjonen gitt det oppstilte mandatet.

#### Bærekraftig sykehusstruktur

Kommisjonen foreslår å igangsette en utredning av tiltak for å etablere en «bærekraftig sykehusstruktur». Kommisjonen begrunner forslaget med rekrutteringsutfordringer og økende grad av spesialisering; *Sykehus som tidligere kunne bemanne akuttjenester med et begrenset antall spesialister på vakt, trenger mange ganger flere spesialister i døgnkontinuerlige tjenester.* Of anser at kommisjonen bygger tilråddningene på et fortegnert bilde av situasjonen i tjenestene og utfordringene fremover. Sviktende rekruttering i mange sykehus har sammenheng med forringede lønns- og arbeidsvilkår samt fravær av autonomi og stedlig ledelse. Foretaksorganiseringen innebærer at tidligere selvstendige sykehus har blitt omdannet til underliggende enheter i en større selskapskonstruksjon. Fjernledelse gir svekket drift og svekket trivsel. Rekrutteringsutfordringene må også ses i sammenheng med anstrengt økonomi og personalhåndteringen av ansatte ved sykehusene HR-enheter. Of deler altså ikke kommisjonens vurdering av utfordringsbildet og heller ikke tiltaksforslaget. Of er ikke uenig i at sykehusstrukturen må utvikles som følge av endringer i tjenesten og i samfunnet for øvrig, men anser at dette er og skjer gjennom kontinuerlig utvikling.

#### Prioritering og reduksjon av overbehandling

Of støtter i hovedsak forslagene til tiltak kommisjonen foreslår i kapittelet; styrke faglige nettverk, gjennomgå DRG-takster og justere egenbetaling, utrede virkninger ved endring av politikk og rettigheter samt bedre statistikk knyttet til private helse- og omsorgstjenester. Of deler imidlertid ikke kommisjonens samlede fremstilling av situasjonen. Etter Ofs erfaring har det vært en sterk prioriteringstradisjon i norsk helsetjeneste. Forekomsten av overbehandling er et mindre problem enn i mange andre land. For en rekke tilstander er behandlingstilbudet for svakt i helsetjenesten. Det gjelder i særlig grad for eldre pasienter og pasienter med

psykiske lidelser. Underbehandling framkommer ved å sammenholde forbruksmønsteret med estimert forekomst i Global Burden og Disease.<sup>1</sup> Of vil ellers bemerke at kommisjonens (og øvrige helsemyndigheters) framstilling av *17 prosedyrer som regnes å ha liten eller ingen helse nytte* er villedende. De sytten aktuelle prosedyrene innebefatter høy-effektive behandlingstiltak for tilstander som ubehandlet kan medføre betydelig helsetap og invaliditet. Of er kjent med at dette prosjektet har vært mer eller mindre resultatløst i Norge og i Storbritannia, og Of vil anbefale at denne type ovenfra og ned tilnærming til komplekse spørsmål av faglig art knyttet til rett indikasjonsstilling ikke anvendes.

#### Øke andelen helsefagarbeidere

Of støtter tilrådingen om å øke andelen helsefagarbeidere i sektoren. Praktisk og erfaringsbasert kompetanse er en sentral del av den samlede kompetansen i tjenestene. Hjelpepleiere /helsefagarbeidere bidrar med stabil og kompetent arbeidskraft med mye erfaring. Of vil bemerke at reduksjon av andre yrkesgrupper og støttepersonell har bidratt til en dårligere utnyttelse av samlet arbeidskraft, særlig i sykehusene, og at antallet leger og sykepleiere har økt. Manglende støttepersonell medfører økt behov for personell med høyere kompetanse. Dette er knappe ressurser, og helsetjenesten bør tilrettelegge for at spesialisert kompetanse kan nyttiggjøres til de oppgavene den har særlig kompetanse til å ivareta.

---

<sup>1</sup> <https://www.healthdata.org/gbd>

## Del II Forhold som kan bidra til å dempe utfordringene

Of vil trekke frem forhold som foreningen vurderer å være sentrale for å utarbeide *treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten*. Of vurderer at rekrutteringsutfordringene vil tilta i årene som kommer, og at utvalget er gitt i oppdrag å foreslå tiltak som kan avdempe utfordringene.

### Finansiering

Finansieringen av helsesektoren må ses i sammenheng med det generelle velstandsnivået i landet. Hvis det oppstår betydelig avstand mellom befolkningens forventninger til helsetjenesten og tilbudet som gis, vil dette fremtvinge og forsterke todeling av tjenestene. Of vil i denne sammenheng trekke frem finansieringen av spesialisthelsetjenesten. Ved foretaksreformen (2002) ble åpningsbalansen (verdifastsettelse av kapital) satt for lavt. I årene fra 2002 til 2007 ble det heller ikke budsjettet med ventet behovsvekst.<sup>2</sup> I denne perioden gikk norske helseforetak med til dels betydelige underskudd. I 2008 ble verdifastsettelsen av kapital justert (og budsjettene økt i tråd med ny verdi) og det ble budsjettet med vekstmidler. Etter dette oppnådde helseforetakene balanse og overskudd.

I perioden etter 2007 har imidlertid vekst vært budsjettet med i underkant av 80 prosent av forventet kostnad, altså uten inndekning av kapitalslitet. Dette har nå pågått i 15 år. I denne perioden har også kapitalintensiteten i sektoren økt betydelig grunnet økte krav til standard. Forsterkede krav til nybygg, enerom og høye kostnader til IKT er blant de fremste driverne. Det framkommer i rapporten at IKT-investeringene fra 2017 har økt med ti prosent årlig (side 265). Resultatet av manglende bevilgninger til økt kapitalbehov er at foretakene igjen er i en situasjon hvor de i realiteten ikke tildeles tilstrekkelige midler til fullt ut å dekke kapitalslit og samlede kapitalkostnader. Denne problematikken er formulert i de regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjettet.<sup>3</sup> Følgen av denne marginale finansieringen av behovsveksten er en gradvis reduksjon av tilgjengelige driftsmidler. Dette er en medvirkende årsak til forringede arbeidsvilkår, økt turnover og sviktende rekruttering til sektoren.

### Lønnsnivå i sektoren

Helse- og omsorgstjenestene er sammen med utdanning og justis/forsvar de mest sentrale elementene i en velferdsstat. Det er kostnadseffektivt at hoveddelen av tjenestene er offentlige, jamfør høy ressursinnsats i land hvor private leverandører er store bidragsytere. Hvis tjenestene privatiseres i stort omfang, er det en betydelig risiko for kraftig økning både i kostnader og i personellbehov. I et arbeidsmarked med kamp om arbeidskraften må helse- og omsorgstjenestene tilby konkurransedyktige lønns- og arbeidsvilkår. Lønnsutviklingen i de ulike sektorene i Norge følger frontfagsmodellen. En kjent svakhet med denne modellen er at den i liten grad legger opp til lønnsjustering og dermed allokering av arbeidskraft på tvers at de ulike sektorene. Hvis helse- og omsorgstjenestene blir stående i en situasjon med varig rekrutteringssvikt, vil det være hensiktsmessig å justere det generelle lønnsnivået i sektoren slik at sektoren kan tilby konkurransedyktige vilkår. Etter Of's syn vil det være hensiktsmessig at arbeidskraftinnvandring til landet i hovedsak skjer i andre sektorer enn i helsesektoren.

<sup>2</sup> <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2740058/mellom-politikk-og-administrasjon.pdf>  
Side 9, tabell 2

<sup>3</sup> <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2022/1118/130-2022%20Vedlegg%20-%20Notat%20om%20aktivitetsforutsetninger%202024.pdf>



### Fleksible arbeidstidsordninger

Døgnkontinuerlig behandling og pleie medfører betydelig arbeidsbelastning utover alminnelig arbeidstid. Dette kan være belastende arbeidstidsordninger å stå i – særlig over mange år og særlig for eldre arbeidstakere. Mange unge anser at sektoren ikke er attraktiv grunnet samlet belastning. Det bør legges til rette for større grad av fleksibilitet for arbeidstakere ved utforming av arbeidstidsordningene. Kveld- og nattarbeid bør reduseres så langt det er forsvarlig. Arbeidstakerne bør i størst mulig grad tilbys heltidsstillinger. Dette kan gjennomføres innenfor dagens lov- og avtaleverk ved å benytte frivillige ordninger hvor det gis særskilt kompensasjon for hyppigere helgevakt og annen ubekvem arbeidstid.

### Vektlegging av arbeidsmiljø

Framtidig bemanning i helsetjenesten avhenger av sykefravær. Det er høyt sykefravær i helsetjenesten og høyere enn i arbeidslivet generelt. Tilrettelegging av det fysiske miljøet med tanke på hensiktsmessige lokaler, pauserom, det psykososiale miljøet der man vet at det å arbeide i helsetjenesten innebærer emosjonelle påkjenninger, bør vektlegges. Høy arbeidsbelastning og lav grad av autonomi og medvirkning bidrar til turnover og sykefravær. Helseforetakene skårer særlig dårlig i undersøkelser av medbestemmelse i ulike sektorer.<sup>4</sup> Nattarbeid er fysisk skadelig for mennesker. Man må se til at det arbeid som utføres om natten gjøres fordi det ikke kan vente og at det ikke grunnet for liten kapasitet på dagtid. Nattarbeid bidrar til pasientskader. Det er i dag en stor overvekt av kvinner innen helsetjenesten. I senere år har det også blitt en stor overvekt av kvinner som studerer medisin. Kommisjonen skriver at dette skyldes at det er flere jenter enn gutter som får svært høye karakterer på videregående. Uten å gå i dybden på hvilke mekanismer som ligger bak dette, konstaterer OF at det er uheldig at det er en stor kvinne-dominans innen helsevesenet. En jevnere kjønnsbalanse vil være positivt for arbeidsmiljøet. Her mener OF at kjønnskvotering kan være et godt og effektivt virkemiddel. Of støtter bemerkningen i rapporten om at *For å forhindre at personell trekkes ut av den offentlige helsetjenesten og over i private tjenester, må personellet blant annet oppleve trivsel, muligheter for faglig utvikling og kompetanseutvikling og en akseptabel arbeidsbelastning som gjør at tjenesten er en attraktiv arbeidsplass.*

### Tilpassede digitale løsninger

Helse- og omsorgstjenestene har vært gjenstand for utstrakt grad av digitalisering uten at dette har medført vesentlige lettelser i utførelsen av arbeidet. Videre innføring og tilpassing av digitale løsninger bør være bedre forankret i brukermiljøene. Digitale løsninger som ikke er tidsbesparende, bør ikke innføres. Of støtter kommisjonens tilrådninger på dette området.

### Egnede lokaler og utstyr

De senere årene har hensynet til «arealeffektive sykehus» vært fremhevet. Etter Ofs syn er dette en lite konstruktiv tilnærming som bidrar til svekket produktivitet. Den knappest og mest kostbare ressursinnsatsen i helsetjenesten vil alltid være personell. Trange sykehusbygg medfører svekket produktivitet, og bidrar til svekket arbeidsmiljø. Of anser at kommisjonen på dette området burde tatt til orde for et skifte i tankesett og utviklingsretning. Helsetjenesten bør planlegges og dimensjoneres for effektive arbeidsprosesser og gode arbeidsplasser som bidrar til rekruttering. Det forutsetter at tjenesten dimensjoneres med store nok akuttmottak, samt tilstrekkelig kapasitet innen senger, diagnostikk og behandling (poliklinikk og operasjonsstuer) slik at det arbeidsflyt kan opprettholdes også i perioder med økt belastning.

---

<sup>4</sup> Drange, I., Falkum, E., Wathne, Ch. T. 2020. Styring, ledelse og tillit: Medbestemmelsesbarometeret 2020. AFI-Rapport 2020:05.

Of støtter utvalgets tilrådning om å inkludere *konsekvensene for personellets produktivitet i vurderingen i planleggingen og dimensjonering av nye bygg i helse- og omsorgstjenestene. Det betyr at byggenes evne til å understøtte produktivitetsokning, gitt den totale ressursbruken, må inn i investeringskalkylen på samme måte som kostnader per kvadratmeter.*

Of vurderer at dimensjonering av sykehus må skje med et nødvendig antall senger, undersøkelsesrom og kontorfasiliteter for leger. At pasienter blir liggende og vente på gangen er svært ineffektivt og både skadelig og plagsomt for pasienten. Å måtte vente på undersøkelsesrom og liknende er også sløseri med personellets resurser. For en god arbeidsdag trengs pauserom og garderobefasiliteter. Å bygge litt større sykehus enn hva som er vanlig i dag vil være kostnadsbesparende på sikt. I et sykehusbudsjett er personellkostnadene den største posten og sykehuset vil raskt spare inn økte byggekostnader med mer effektiv bruk av personell som får jobbe uten praktiske hindringer.

#### Arbeidsdeling

En rekke nye løsninger kan bidra til endret arbeidsflyt og endret arbeidsdeling i sykehusene. Of erfarer imidlertid at nye løsninger har medført at klinisk støttepersonell har blitt fjernet i større grad enn det er grunnlag for. Resultatet har i mange enheter vært en «negativ jobbglidning», altså at høyt kvalifisert personell må overta oppgaver som annet personale har utført tidligere. I perioden etter innføring av foretaksreformen er det påvist en svekket legeproduktivitet i norske sykehus. Det ble også avdekket sammenheng mellom legeproduktivitet og andel støttepersonale i sykehusene.<sup>5</sup> Det er viktig at høyspesialisert personell får bruke tiden innenfor sitt kompetanseområde og at man har tilstrekkelig med støttepersonell til at ta seg av de mindre spesialiserte oppgavene. Både det å ha adekvate lokaler og å få egnet tiden innen sitt kompetanseområde mener Of vil gi bedre arbeidsmiljø og virke rekrutterende og stabiliserende.

#### Honorering av ansiennitet

Of erfarer at å beholde ansatte er en vel så stor utfordring som nyrekruttering. I en rekke ansatte-grupper og i en rekke virksomheter er turnover andelen høy. Høy turnover bidrar til økt opplæringsbehov og svekker kvaliteten på tjenestene. Økt lønn ved økt ansiennitet vil være et målrettet tiltak for å redusere turnover-andelen.

#### Dimensjonering av utdanningene

Dimensjonering av utdanningene i helsesektoren bør skje etter en samlet vurdering av behovene i de ulike tjenesteområdene og turnover ut av helsetjenestene må tas med i beregningene. Of erfarer at dimensjoneringen i dag i liten grad foregår på en helhetlig måte. Dette medfører at det oppstår mangler innen enkelte yrkesgrupper og fagområder. Manglende LIS-1 plasser er et avgjørende hinder for utdanning av leger. Mangel på psykologspesialister og psykiatere innen fagfeltet psykisk helse medfører svekket tjenestetilbud og høye innleiekostnader. Også for en rekke andre legespesialister for eksempel onkologer og patologer har manglende utdanningskapasitet medført utfordringer for tjenestetilbudet. Of er særlig bekymret for at erkjent mangel i mange tilfeller ikke følges av vesentlige tiltak for å styrke utdanningskapasiteten.

---

<sup>5</sup> <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617300084>

Avtalespesialister bør utnyttes for å styrke utdanningskapasiteten innen en rekke fag, her vil Of trekke fram ØNH og Øye-faget. Da må avtalespesialistene tilbys vilkår som muliggjør nødvendige investeringer i areal og utstyr.

#### Rett bemanning og rett arbeidsbelastning

I en rekke virksomheter opereres det med marginal bemanning. Dette medfører økt slitasje på ansatte og høy grad av innleie. Of vil trekke frem erfaringene fra Helse Bergen. Der gjøres det helhetlige analyser av arbeidskraftbehov for pleiegruppen hvor feriefravær, kurs og sykefravær tas med i beregningen av bemanningsbehov. Alle tilbys 100 prosent stillinger og helgebehov dekkes ved frivillige ordninger samt bidrag fra bemanningssenteret.

#### Mobilisering av arbeidsstyrken

Det ligger betydelige arbeidskraftreserver i vår høye deltidsandel samt i arbeidsføre arbeidstakere som velger tidligere pensjon. Helsetilstanden i befolkningen blir bedre, gjennomsnittlig pensjonsalder er i ferd med å bevege seg oppover, og pensjonsreformen vil bidra til å forsterke denne trenden. Det bør iverksettes tiltak som kan bidra til høyere grad av yrkesdeltakelse blant eldre. Arbeidstidsordninger og arbeidsbelastning bør tilpasses slik at flere kan stå lengre i jobb.

#### Lokal ledelse og lokalt eierskap

De strukturelle endringene gjennomført etter innføring av Foretaksreformen har medført at antallet ledernivå i sykehusene har økt.<sup>6</sup> I en rekke enheter er det ikke lengre tilstedeværende ledelse. Ofs erfaring er at dette bidrar både til svekket ledelse og svekket engasjement og trivsel.<sup>7</sup> Ved behandling av Nasjonal helse og sykehusplan vedtok Stortinget i 2016 at «stedlig ledelse skal være hovedregelen i norske sykehus». Dette er imidlertid ikke gjennomført. Of anser at strukturelle forhold som størrelse på enheter, lokal ledelse og ledernivå, er viktige for god styring og utvikling samt produktivitet i enhetene.

#### Styrket vektlegging av fag og pasientsikkerhet

I sykehusene observerer Of at oppmerksomhet om fag og pasientsikkerhet er svekket til fordel for økonomiske og juridiske hensyn.<sup>89</sup> Of anser at målrettede tiltak bør iverksettes for å bidra til en bedre balanse i styring og ledelse av sykehusene. Fagrevisjoner og underutvalg i styrene for fag, kvalitet og pasientsikkerhet kan være aktuelle tiltak.

---

<sup>6</sup> <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-8.pdf>

<sup>7</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/18654ccab15f4dd5883e75e4397c0790/ramboll-pdf-versjon-rapport-ramboll.pdf>

<sup>8</sup> <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2740058/mellom-politikk-og-administrasjon.pdf>  
Figur 2 side 32

<sup>9</sup> Kuldova, T. Ø., Drange, I., Enehaug, H., Falkum, E., Underthun, A. Wathne, Ch. T. 2020. Faglig skjønn under press: Fire case-studier og en sammenfatning. AFI-Rapport 2020:06.

## Del III Ofs kommentarer til kommisjonens framstilling av utviklingstrekk og utfordringer

Of konstaterer at den mest fremhevede tilrådingen kommisjonen kommer med er at personellveksten må avta; flere pasienter på færre hender. Of anser at denne tilrådingen er en lite konstruktiv tilnærming til et sammensatt problem. Hvis dette budskapet fester seg, er Of bekymret for at utvalgets råd vil kunne medføre betydelig skade for det offentlige tjenestetilbudet og ikke minst befolkningens tillit og oppslutning. Of vurderer det som overveiende sannsynlig at vi ved fortsatt velstandsvekst vil fortsette å prioritere helseformål høyt. Etter Ofs vurdering er det avgjørende spørsmålet om denne veksten skal skje hovedsakelig i offentlig tjenesteyting, eller om det to-delte helsevesenet vil gripe om seg. Å legge kraftige restriksjoner på offentlig tjenesteyting i en periode med behovsvekst vil uvegerlig bidra til en todeling. Som kjent er kostnadene knyttet til private helsetjenester høyere enn tjenester drevet i offentlig regi.

Kommisjonen velger videre å tilrå at vi ikke skal basere oss på import av helsepersonell. I beregningene av tilgjengelig arbeidskraft i de kommende år synes kommisjonen å skape et misvisende bilde. Effekt av friskere aldring og av pensjonsreformen vil trolig medføre at flere vil stå lengre i arbeid i framtiden. I rapporten (side 109) framkommer det at gjennomsnittlig avgangsalder har økt med tre år i perioden 2004 til 2020. Det er sannsynlig at denne utviklingen vil fortsette. Disse endringene vil ha sterk innvirkning på framtidig forsørgerbrøk. Of deler kommisjonens tilråding om ikke å basere helsetjenesten i større grad på importert arbeidskraft. Å basere norsk helsetjeneste på utenlandsk helsepersonell kan bidra til at øvrige lands helsetjenester tappes for personell. **Men dette er ikke til hinder for å allokere vår egen arbeidskraftreserve i større grad til helseformål når behovene øker, og dekke inn vekst i øvrige sektorer med utenlandsk arbeidskraft.** Of vil ellers minne om at Norge er en del av et større arbeidsmarked, og det vil være hensiktsmessig å legge til grunn at arbeidskraft i EU/EØS-området også de kommende år skal kunne skje uhindret.

### Bemanning

Kommisjonens framstilling av bemanningsutviklingen de siste ti-årene er misvisende. Kommisjonen beskriver en tredobling av ansatte i *helse- og omsorgstjenestene* fra sytti-tallet til nå. I denne framstillingen inkluderer helse- og omsorgstjenester også sosialtjenester, som barnehager, skolefritidsordning osv. Of oppfatter at framstillingen etterlater et misvisende bilde av kraftig vekst. Of anerkjenner at antallet ansatte innen helse- og omsorgstjenesten har økt betydelig fra 1970, altså over 50 år. Dette har sammenheng med flere forhold. Det har vært en generell vekst i tjenesteytende næringer, velstandsnivået har økt betydelig, og det har vært gjort store medisinske framskritt. Parallelt har levealder og andel yrkesaktive økt. Sosiale tjenestetilbud har blitt kraftig bygd ut. Disse utviklingstrekkene er ikke spesielle for Norge, men følger tilsvarende trender i andre land. Kommisjonen utelater kontrasterende statistikk. I spesialisthelsetjenesten har det for eksempel ikke vært noen økning i årsverk (FTE, full time equivalents) per 1000 innbyggere fra 2010 til 2020.

Kommisjonen påpeker at norsk helsetjeneste sysselsetter en høy **andel** at totalt antall sysselsatte. Kommisjonen er kjent med at vi har et godt utbygget velferdstilbud i landet, og at flere jobber deltid i norsk helsetjeneste enn i våre naboland og øvrig i OECD-område.<sup>10</sup> Når kommisjonen inkluderer sosialtjenester i framstillingen, samt bruker *andel ansatte* i stedet for

<sup>10</sup> Meld. St. 14 (2020–2021), figur 8.3

årsverk, bidrar dette til en misvisende framstilling av bemanning innen helsefeltet. Andelen årsverk i norsk helse- og omsorgstjeneste inkludert sosialtjenester vil uansett sammenligningsmåte være høyere enn i mange andre land. Dette har sammenheng med vårt generelle rikdoms- og velferdsnivå, og at vi i mindre grad enn andre land ble rammet av økonomisk nedgang etter finanskrisen

#### Samlet ressursinnsats

Kommisjonen gir en framstilling av samlet ressursinnsats i tjenestene. Kommisjonen fremhever at vi bruker mange kroner på helsetjenester sammenlignet med andre land. Kommisjonen trekker også frem OECDs PPP-sammenligning av helsekostnader hvor Norge fremstår som en outlier. Kommisjonen bør være kjent med at denne sammenligningsmåten ikke anvender en helse-spesifikk paritet, og derfor kan gi et misvisende bilde. Sammenligning ved bruk av Eurostats helseparitet viser at vi ikke bruker særskilt mye på helse. Gitt vårt relative velstandsnivå er vårt helseforbruk tvert imot uventet lavt.<sup>11</sup> I rapporten «Bruker vi for mye på helse» (Menon economics 2017) ble det fastslått at *Norges utgifter til helsesektoren kan ikke sies å være spesielt høye i forhold til andre land. Dersom man kun vurderer de nominelle utgiftene til helsesektoren målt i felles valuta ligger Norge høyt, men dersom man går dypere inn i tallene ser vi at det høye utgiftsnivået i stor grad kan forklares ut fra et høyt generelt lønnsnivå i Norge. Dette gjør at Norge må betale relativt mer for helsetjenester sammenlignet med våre naboland. Videre ser vi at Norge faktisk bruker mindre på helsesektoren som andel av BNP enn hva man skulle forvente ut fra observasjoner av forholdet mellom inntektsnivå og helseutgifter i andre europeiske land de siste ti årene.*<sup>12</sup> Of anser at kommisjonens framstilling av samlet ressursinnsats i helsetjenesten er misvisende.

#### Behovsvekst

Kommisjonen framstiller utfordringene framover som formidable og nær uoverstigelige; videreføring av dagens organisering og tjenestetilbud vil medføre en kraftig økning i behovet for årsverk. Også dette er en misvisende framstilling. I kommisjonens hovedalternativ er det lagt til grunn **én årlig økning i ressursinnsats som følge av kvalitetsheving på én prosent**. Over flere tiår bidrar dette til en betydelig økning i behovet for ansatte. I framstillingen utelater kommisjonen å forklare at med én prosent standardvekst som forutsetning vil helsetilbudet om flere tiår ikke være som i dag, men betydelig styrket. Mot slutten av rapporten har kommisjonen tatt inn en framstilling hvor videreføring av dagens nivå på tjenestetilbudet er lagt til grunn (side 278). Det fremkommer da at andelen årsverk i helse- og omsorgstjenestene ikke vil være høyere enn i dag, verken i 2040 eller 2060; *Minimumsalternativet fra Holmøy mfl. (2023) er bygd av 0,5 prosent produktivetsvekst og ingen standardvekst – altså dagens omfang av tidsbruk av personellet per pasient og bruker, samt proporsjonal vekst i den uformelle omsorgen og forbedret helse for personer over 55 år. Med disse forutsetningene blir sysselsettingen omtrent uendret mot 2040, og den faller faktisk noe mellom 2040 og 2060. En slik utvikling vil gi omtrent samme andel av de sysselsatte i de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene som i dag, 13 prosent.* Of vil også bemerke at kommisjonen påpeker at bemanningsbehovet er lavere i sentrale strøk enn i distriktene (side 75). Of ser det som sannsynlig at sentraliseringen vil videreføres i tiden fremover, og at dette vil påvirke framtidig bemanningsbehov.

<sup>11</sup> [https://samfunnsokonomene.no/app/uploads/2019/05/Samf\\_3\\_2012.pdf](https://samfunnsokonomene.no/app/uploads/2019/05/Samf_3_2012.pdf) side 12

<sup>12</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/709bd0bd8cea4012a4838806e87622a8/offentlige-helseutgifter-menon-2017.pdf>

## Rekruttering

Kommisjonen omtaler rekrutteringsutfordringer framover og beskriver at det allerede i dag er utfordrende å rekruttere og beholde helsepersonell i mange enheter og virksomheter, også i spesialisthelsetjenesten. Samtidig konstaterer kommisjonen at vi har et høyt antall sykepleiere og leger sammenlignet med øvrige land. En viktig forklaring på rekrutteringsutfordringer, særlig etter 2016, er en kraftig reduksjon i arbeidsledighet, og at den norske kronen er svekket. Dette medfører at offentlige virksomheter i større grad enn tidligere må konkurrere om arbeidskraften, både innenlands og utenlands. Kommisjonen unnlater å vurdere om offentlig helsetjeneste har iverksatt nødvendige tilpasninger for å opptre konkurransedyktige i et arbeidsmarked som har endret seg. Ofs erfaring er at offentlig helsetjenester fremstår som mindre attraktive arbeidsplasser nå enn tidligere.<sup>13</sup> Gjennom medlemsundersøkelser Legeforeningen har gjennomført fremkommer det at mange leger ikke lengre anser sykehusene som attraktive arbeidsplasser.<sup>14</sup> Av relevante variabler Legeforeningen har kartlagt, som svekker rekrutteringen kan nevnes

- Store enheter
- Manglende vektlegging av fag
- Svekket medbestemmelse
- Manglende autonomi
- Høyt arbeidspress
- Manglende stedlig ledelse
- Trange bygg

Of vil i denne sammenheng fremheve at helsetjenesten har gjennomgått en rekke endringer etter årtusenskiftet som kan bidra til svekket eierskap og engasjement hos ansatte. Tidligere leder at Institutt for helseledelse ved UIO, professor emeritus Ole Berg, omtalte endringene som fulgte etter Foretaksreformen; *Ved at sykehusene ble gjort til bedrifter i 2002 ble «faren» for ny politisering redusert. Sykehusene, eller helseforetakene, kunne således, delvis skjermet for den løpende politikk, sette i gang et ambisiøst, industrielt inspirert program med sammenslåinger, forløpsorganisering, retningslinjestyring og DRG-styring.*<sup>15</sup> Etter Ofs vurdering er denne type endringer en viktig forklaring på at leger i mindre grad enn tidligere anser sykehusene for å være attraktive arbeidsplasser. Også blant sykepleiere og øvrige ansatte i pleiestillinger oppleves nok endringene som følger av et «industrielt inspirert program» som de-rekrutterende. I tillegg er en rekke tidligere goder som bidro til rekruttering fjernet. Viktigste blant disse er trolig personalboliger, som bidro særlig til rekruttering av ansatte som hadde behov for hjelp til å komme inn på boligmarkedet, men fjerning av en rekke andre velferdsordninger som parkeringsmulighet, tilpasset barnehage tilbud mv spiller trolig inn.

OF er enig i at man bør utdanne de helsepersonell man har bruk for i Norge. Samtidig ser man for seg at så lenge Norge blir oppfattet som et attraktivt land å arbeide og bo i så vil man også ha en arbeidsinnvandring. For å kunne være selvforsynt med helsepersonell må man først ha

---

<sup>13</sup> <https://tidsskriftet.no/2019/11/legelivet/legers-jobbtilfredshet-i-endring>

<sup>14</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/18654ccab15f4dd5883e75e4397c0790/ramboll-pdf-versjon-rapport-ramboll.pdf>

<sup>15</sup> <https://www.michaeljournal.no/article/2021/02/Helsevesenet-i-Norge---noen-betraktninger-om-regimeutviklingen>

et adekvat antall utdanningsplasser. Her mangler det fortsatt mange utdanningsplasser innen medisin og fortsatt blir halvparten av de norske legene utdannet i utlandet. For sykepleierutdanningen begynner utfordringen å bli å fylle utdanningsplassene. Of vil fremheve at man også må se på lønn som et middel for å rekruttere til sykepleieryrket. Of kan ikke se at å øke lønnen til sykepleierne til et nivå som gjør at man får fylt utdanningsplassene vil svekke Norges konkurransevne på eksportmarkedet.

OF ser også behov for at man bruker lønn for å rekruttere leger til rekrutteringssvake avdelinger og spesialiteter. Det er ekstra utfordrende å få ansatt noen hvis det er mange ubesatte stillinger i avdelingen, og hvis man ønsker å gjøre noe med dette så må lønn være en del av tilbudet. Det er ikke bare hvor mange som utdannes som bestemmer hvor mange som faktisk arbeider i helsevesenet. Her er det av stor betydelse at de som er utdannet helsepersonell opplever at offentlig helsevesen er en attraktiv arbeidsplass og derfor velger å arbeide der lenge. En fornuftig arbeidsbelastning, opplevd autonomi, en arbeidstidsordning som er forenlig med å ha familie og barn, faglig progresjon og tilfredsstillende lønnsvilkår vil være nøkkelfaktorer. I denne sammenheng bør også utviklingen av HR-faget fremheves. Dette utøves i mange virksomheter på en måte som virker de-rekrutterende.

**Of anser at fremstillingen av rekrutteringssituasjonen i offentlig helsetjeneste er særdeles mangelfull – i det kommisjonen i liten grad ser seg i speilet;**

- **i hvilken grad har ledelsen av tjenesten initiert endringer som bidrar til svekket rekruttering?**
- **i hvilken grad har tiltak for å styrke rekrutteringen vært iverksatt?**

**Uten en slik analyse blir fremstillingen mangelfull og forslagene til tiltak savner underlag.**

Med vennlig hilsen  
Norsk overlegeforening

Ståle Clementsen (sign.)  
leder