

**Politisk behandling av:**

Byrådssak 88/2023 - Oslo kommunes hørings svar til  
Helsepersonellkommissjonens NOU 2023:4 Tid for handling

Sak	Utvalg	Møtedato
52/23	Helse- og sosialutvalget	23.05.2023
166/23	Bystyret	24.05.2023

**Bystyrets vedtak:**

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til NOU 2023: 4 Tid for handling.  
Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste:

Helsepersonellkommissjonens NOU er et godt kunnskapsgrunnlag som beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, samt peker på mulighetsrommet for å få en tilfredsstillende helsetjeneste for befolkningen i fremtiden. Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet.

Et sentralt prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren er at nye oppgaver eller reguleringer som gir kommunesektoren økte kostnader, skal fullt ut kompenseres. Nye reformer skal finansieres fullt ut. Flere av kommissjonens forslag vil medføre økt behov for tilskudd til kommunesektoren.

**Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene**

Noen bydeler mener det kan være interessant å utforske nærmere kommissjonens flertall om å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag. Det er med tanke på at en eventuell samling av et felles forvaltningsnivå kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune ser med interesse på forslaget om en gjennomgang av dagens forvaltningsnivå, med utgangspunkt i intensjonene med Samhandlingsreformen. En slik gjennomgang må ta hensyn til Oslo kommune sin særegne stilling som primærkommune og fylkeskommune og som opptaksområde for fire ulike sykehus. En

forvaltningsmodell som passer for mange av landets små distriktskommuner vil kunne slå uheldig ut for Oslo.

Samtidig vil Oslo kommune påpeke mulige konsekvenser av å foreslå så omfattende endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenesteneivåene. Oslo kommune frykter at en slik diskusjon kan føre til en avsporing fra de virkelig store oppgavene tjenestene samlet står overfor.

Kommunene tilbyr tjenester nærmest befolkningen og har størst erfaring i å utnytte tilgjengelige ressurser på mest effektive måte innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

Oslo kommune støtter forslaget om å iverksette et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering av arbeidsprosesser og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene.

### **Oppgavedeling**

En viktig suksessfaktor når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve trygghet og faglighet i utøvelsen av dem. Kravet om faglig forsvarlighet er absolutt og setter rammene for mulighetsrommet i oppgavedeling. Oppgavedeling med mål om å avlaste faglært helsepersonell og skape nye arbeidsplasser til personer som tradisjonelt sliter med å få seg jobb kan også være et viktig tiltak i rekrutteringsordninger for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo kommune bemerker at man må være oppmerksom på at det kan være motsetninger mellom oppgavedeling og kontinuitet for brukeren. Hvis man deler oppgavene på flere ulike aktører vil dette kunne medføre at brukeren får flere ansatte å forholde seg til.

Det blir nødvendig å dele kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oslo kommune støtter kommisjonens forslag om at det arbeides videre med anbefalingen om kombinerte arbeidssteder, «hus» og «hytte». Kommunen vurderer imidlertid at en slik løsning bør skje innenfor rammene av det arbeidsforholdet som er inngått, slik at man unngår ytterligere økning av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Derfor bør forslaget om kombinerte arbeidssteder knyttes til kommisjonens forslag om en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene.

Som Norges hovedstad, og sentrum i et arbeidsmarked som preges av konkurranse om arbeidskraften, er Oslo kommune særlig opptatt av å rekruttere, beholde og videreutvikle ansatte for å sikre at innbyggerne får riktig helsehjelp når de trenger det. I Oslo er det fire sykehus og mange nærliggende kommuner som samlet ligger i et relativt begrenset geografisk område. Dette kan medvirke til konkurranse om arbeidskraften i hovedstadsregionen. Samfunnet er tjent med at kommune og helseforetak ikke overbyr hverandre når det gjelder lønn og arbeidsvilkår, men søker å samarbeide om dette.

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Kommisjonen trekker frem som et viktig poeng at samfunnet som helhet må dele ressursene. Det vil ikke lenger være samme mulighet til å øke sysselsettingen innenfor helse- og omsorgssektoren slik det har vært gjort over flere år. Oslo kommune vil også understreke at Norge har et internasjonalt ansvar. Norge har forpliktet seg til å følge WHO's kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, og skal ikke aktivt rekruttere personell fra land som selv har stor mangel på dette. En slik rekruttering vil redusere tilgangen til helse- og omsorgstjenester i de aktuelle landene og ytterligere øke ulikheter mellom rike og fattige. Dersom man likevel i fremtiden vurderer å rekruttere helsepersonell fra for eksempel mellominntektsland, bør dette gjøres gjennom et forpliktende gjensidig samarbeid med helsemyndigheter som også gagnar helsesystemet i det landet.

Oslo kommune er skeptisk til ytterligere oppgavedeling fra helsepersonell til pasienter, brukere og pårørende. Oslo har utarbeidet en egen standard for pårørendesamarbeid.

Oppgavedeling må støttes av tydelig beskrivelse av ansvar og avgrensning av ansvar. Rettighetslovgivningen sett sammen med en kommunal helse- og omsorgstjenestelov som lister tjenester uten avgrensning, kan tendere til å skyve ansvar til helsesektoren selv der oppgaven kan løses av andre. Oppgavedeling må også sikre at dubling av tjenesteutøvelse unngås. Behandling bør fortrinnsvis gis uten at flere nivåer av helsepersonell involveres. Dette kan utfordre koordinering og ikke minst «portvokterrollen» til fastlegetjenesten. Det bør vurderes hvilke spesialisthelsetjenester som kan gis uten at pasienten må konsultere fastlege der dette ikke gir vesentlig tilleggsgevinst, det forutsetter at prioriteringsretningslinjer kan opprettholdes. På samme måte som det utprøves digital triage til fastlege, kan det også utprøves digital triage til spesialisthelsetjeneste. Triage er en vurdering og prioritering av pasienter ut fra hvor raskt pasienten må behandles. Digital triage kan også nyttes til å begrense dobbeltarbeid mellom de ulike delene av kommunal helsetjeneste, for eksempel mellom legevakt og fastlege. En forutsetning her er at de ulike helsetjenestenivåene har tilgang til nødvendig journalopplysninger.

Kommisjonen trekker frem at det er viktig å styrke generalistkompetansen, men Oslo kommune vil understreke at det også er nødvendig å styrke spesialistkompetansen i kommunehelsetjenesten. Det er mange år siden samhandlingsreformen kom, og tjenestene har utviklet seg siden. Virksomhetene i kommunen opplever sykere pasienter – og det er behov for spesialisert kompetanse både i hjemmetjenesten og ved korttidsopphold i sykehjem. Dette blir også viktig dersom sykehuset skal bli mer utadventt med økt bruk av hjemmet som behandlingsarena. Når kommunene overtar oppgaver og ansvar som tidligere lå i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å endre fordeling av ressurser og kompetanse mellom forvaltningsnivåene tilsvarende.

### **Arbeidsforhold og arbeidstid**

Oslo kommune vil fremheve kommisjonens vurderinger av at arbeidsglede, fysisk og psykisk trygghet i arbeidet og godt kollegialt miljø er viktige elementer i å rekruttere og beholde arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren. Oslo kommune støtter forslaget om å sette av statlige forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsmodeller som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.

Helsepersonellkommisjonen har ikke hatt som mandat å diskutere frontfagsmodellen. Kommisjonen peker likevel på at det er et handlingsrom til særskilte lønnstillegg, mulige endringer i arbeidsbetingelser og arbeidsgiver-initierte tiltak som kan iverksettes for å rekruttere personell til helse- og sosialsektoren. Oslo kommune vil understreke at tiltak som iverksettes ikke bør utfordre frontfagsmodellen. Selv om helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer, må disse løses innen rammene som følger av frontfagsmodellen, for å sikre et forsvarlig kostnadsnivå for lønnsveksten samlet i samfunnet.

Kommisjonen er delt når det gjelder temaet om behov for endringer i bestemmelsene om gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Oslo kommune er enig i den konklusjon flertallet har landet på, ved å oppfordre partene til å ta inn bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden i sentrale tariffavtaler. En slik løsning legger opp til at tariffpartene tar et felles ansvar for rammeverket for gjennomsnittsberegning av arbeidstiden og avtaler premissene for gjennomsnittsberegning. De konkrete arbeidsplanene i den enkelte virksomhet skal fortsatt utarbeides i samarbeid med og drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte. En slik endring vil gi arbeidsgiver et noe større handlingsrom til å etablere arbeidstidsordninger som er egnet til å ivareta de arbeidsoppgavene som skal løses i virksomheten, men fortsatt slik at arbeidsmiljølovens krav om samarbeid mellom partene om forsvarlige arbeidstidsordninger ivaretas.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurderinger av behovet for en økt innsats mot sykefravær, og tilrettelegging slik at faktisk avgangsalder for helsepersonell øker. Kommisjonen viser til det partssammensatte arbeidet i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på særaldersgrenser i tilpasning til det reviderte pensjonssystemet. Det blir nødvendig å løse ut aktuelle arbeidsreserver som finnes, for eksempel ved god livsfasepolitikk. Har vi plass til pensjonister som ønsker å jobbe

frivilling – eller kommer de i konflikt med stillingsvernet for ansatte? Her må det også sees på forutsetningene for at pensjonister kan jobbe.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurdering av at det arbeides for å bedre arbeidsforholdene for å muliggjøre heltidsarbeid. Det er en stor og ubenyttet arbeidskrafts-reserve hos fagutdannede som av ulike årsaker arbeider redusert. Oslo kommune anerkjenner at det er selve arbeidstidsordningen som gir grunnlag for lavere alminnelig arbeidstid enn arbeidsmiljølovens utgangspunkt (40 timer per uke) for arbeidstakere i turnus. Erfaring og forskning viser at heltid gir bedre kvalitet i tjenestene, er bedre for den enkelte, gir enklere personaloppfølging og et bedre arbeidsmiljø. Deltidsarbeid er svært utbredt i helse- og omsorgssektoren og det er mange gode grunner til å fortsette arbeidet med å få flere ansatte på heltid. Det er den siste tiden blitt gjort en rekke tiltak i lov og avtaleverk som skal sikre ansatte muligheter til full stilling. Oslo kommune mener at deltidspromatikken i større grads bør ses i lys av brukernes situasjon og behov og det å kunne gi et verdig omsorgstilbud. Med større fokus på dette som bakgrunn bør det vurderes ytterligere tiltak i lov- og avtaleverk for å redusere bruken av deltid.

Oslo kommuner vil påpeke at det også er virkemidler innenfor dagens rammeverk som kan benyttes i større grad. Mange ansatte ønsker å ha en viss fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Det bør stimuleres til- og legges til rette for større bruk av arbeidstidsordninger der deler av stillingen har fastlagt tid og deler har fleksibel tid. Den fleksible tiden gir den ansatte frihet.

En eventuell økning av ulike former for nasjonale bemanningsnormer og/eller økte rettigheter for brukere av tjenestene vil kunne være til hinder for en effektiv ressursbruk og handlingsrom for å finne gode løsninger lokalt. Oslo kommune vil bemerke at bemanningsnormer også kan være til hinder for målet om flere heltidsansatte i sektoren. Det er f.eks. viktig at både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden tenker nytt og står sammen om nye, fleksible arbeidstidsordninger. Dette kan bidra til å få deltidansatte, som i dag frivillig benytter ekstravakter for å fylle opp stillingen, inn i hele faste stillinger. Statlige bemanningsnormer kan tenkes begrense denne handlefriheten. Oslo vil derfor, på generelt grunnlag, fraråde innføring av tiltak som har slike elementer i seg.

Helsesektoren er en 24/7 tjeneste som medfører betydelig helge og helligdagsarbeid, og ubekvem arbeidstid som mange sektorer er uten. Det må sikres balanse i den belastningen dette påfører arbeidstakeren (for eksempel nattarbeid) gjennom arbeidstidsregulering og godtgjørelse. En for lav godtgjørelse av ubekvemt arbeid kan forsterke flyt av kompetent helsepersonell til privat sektor som ikke nødvendigvis utfører samfunnsmessig prioriterte helsetjenesteoppgaver, samt til andre yrker.

### **Utdanning og kompetanseutvikling**

Oslo kommune støtter forslaget til krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging for arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren. Prinsippet om og tiltak knyttet til, livslang læring, støttes.

Med hensyn til utdanning og kompetanseutvikling vil Oslo kommune peke på at det i Oslo står ca. 45 000 innbyggere utenfor utdanning- og arbeidsliv. For økt tilgang på helsepersonell med kortere utdanning kan det være koplinger mellom behovet for helsepersonell og kommunens arbeids- og kompetansefelt.

Det er behov for at flere oppgaver gjøres forsvarlig av personell med lavere formell kompetanse, og det må sikres kompetanseutvikling for alle grupper.

Helsefagarbeideren som ressurs vil bli enda viktigere i tiden fremover, og styrking av helsefagarbeiderens grunnleggende kompetanse er et nødvendig tiltak. Flexibilitet i utdanningen og lønn under utdanning kan være aktuelle tiltak. Det er også viktig å se nærmere på yrkesprofesjoner som tradisjonelt ikke har vært i den kommunale helsetjenesten, som farmasøyter, apotekteknikere, helsesekretærer, tannpleier, logopeder m.m.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester vil være preget av økt andel mennesker med innvandrerbakgrunn, både blant pasienter og ansatte. Dette gjelder spesielt for Oslo kommune hvor ca. 33,7 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon). Det er nødvendig med fokus på mangfold og inkludering. Det er relevant med kunnskap om hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorikk og kulturelt betingende handlingsvalg samt om forståelse av helsebegrepet. Dette må gjenspeiles i de ulike helseprofesjonenes utdanninger. Språkopplæring, både i norsk og i fagspråk, er viktig. I Oslo kommune har 51 % av medarbeiderne i helse- og omsorgstjenestene innvandrerbakgrunn.

Utredningen sier ikke noe om mulighetene for å redusere behov for helsetjenester. Det finnes kunnskap om hvordan sykdomsbyrden kan reduseres betydelig, og det er viktig at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har kompetanse på disse områdene. Det gjelder blant annet innen kost og ernæring, men også tilstrekkelig fysisk aktivitet og sosial kontakt i dagliglivet. Dette krever innsats fra alle andre sektorer i samfunnet foruten helsesektoren. For å bidra til at kommunens helse- og omsorgstjenester skal bli bærekraftige i tiden fremover er det viktig at innbyggerne har god helsekompetanse slik at de kan forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å treffe beslutninger relatert til egen helse. Frivillige og ideelle aktører kan vurderes å få større oppgaver i dette arbeidet.

### **Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester**

Oslo kommune mener det er viktig at kommisjonen trekker frem at vi må stå sammen i prioriteringer og valg, slik at innbyggernes forventninger kan sammenfalle med tilbudet i våre helse- og omsorgstjenester. Ansatte i førstelinjen må oppleve støtte i dette fra de som bestemmer. Dette er et ledelsesmessig og politisk ansvar.

Politikerne bør også være varsomme med å vedta nye reformer hvor ikke behovet for bemanning og ressursbruk er tilstrekkelig vurdert.

Overbehandling er et sentralt felt, og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk.

Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet. Det er interessante

regionale forskjeller i bruk av sykehustjenester blant de mest skrøpelige pasientene. Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, det sammen kan tilgangen til private helsetjenester. Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Det har kommet politiske signaler på nasjonalt nivå om at innbyggere må ta mer ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom. For eksempel ved å flytte til tilrettelagte boliger hvor det er enklere for kommunen å tilby gode nok tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Det er viktig å se på boligpolitiske virkemidler i den sammenheng.

### **Digitalisering og teknologisk utvikling**

Det er viktig at digital teknologi og data ses som et av flere verktøy og virkemidler for å kunne muliggjøre kommisjonens tiltaksområder.

Sømløs flyt av informasjon i tjenestene og velferdsteknologi har i mange år vært tema for å effektivisere helse- og omsorgstjenesten. De er viktig at den fremtidige innsatsen på områdene, både fortsetter og forsterkes. Økt fokus på å skape, på å tilgjengeliggjøre, og på utnyttelse av data, vil over tid kunne bidra til bedre folkehelse og forebygging av sykdommer, dersom det utnyttes godt. Etisk og forsvarlig utnyttelse av digital teknologi vil være et viktig innsatsområde generelt, men spesielt innen helse- og omsorgstjenester og spesielt der vi ønsker å utnytte kunstig intelligens. En helhetlig tilnærming til og bruk av data for både forsknings- og analyseformål, kan bidra til økt kunnskap og raskere utvikling av tjenestene.

Økt utnyttelse av digital teknologi og data i tjenestene, kan bidra til å skape tryggere forhold hos pårørende, spesielt eldre, men det vil kreve at det finnes gode muligheter for at mennesker kan hjelpe hverandre i større grad enn hva det digitale tillater i dag. Det er behov for økt brukerorientering, der forvaltningsnivåenes betydning er mindre synlig for innbyggerne. En økt satsing på informasjon, dialog og selvbetjening gjennom helsenorge.no, vil bidra til dette.

Teknologisk utvikling vil kunne effektivisere og gi mer pasientsikre helsetjenester. Pasientens legemiddelliste er et eksempel på utvikling som pågår, men som tar svært lang tid i utvikling og implementering. E-helsearbeidet må effektiviseres. Det var flere eksempler på rask utvikling under pandemien. Her er det endringsmuligheter.

Det er behov for et regelverk som sørger for at vi har tilstrekkelig fleksibilitet til å løse dagens og morgendagens utfordringer. Det handler hovedsakelig om to ting, utforming og fortolkning.

I dag er det ikke behovet, men de tekniske løsningene og innholdselementer som reguleres. Lov- og forskriftsutvikling vil ikke kunne holde tritt med teknologisk utvikling. Nettopp derfor bør ikke juridiske forarbeider inneholde vurderinger av teknisk løsning. Hver enkelt virksomhet må selv tolke regelverket. Dette krever alle virksomheter har nødvendig kompetanse og foregår ofte i egne fagavdelinger for langt

unna tjenesten og relevante fagmiljøer. Når så to eller flere virksomheter skal samhandle, gjør ulik fortolkning at det blir svært tidkrevende og dyrt å jobbe frem en lik fortolkning av regelverket. Det fungerer ikke godt nok i dag, og det blir vanskeligere i fremtiden med enda større utfordringer. Sentrale myndigheter må nå erkjenne at dagens helselovgivning og metodikk for videreutvikling av denne hemmer oss i å nå målbildet i «En innbygger en journal». Risikoen er at helsevesenet blir mer og mer akterutseilt i den teknologiske utviklingen.

Det er også behov for at IKT-satsninger finansieres med en forutsigbar ramme, slik at det ikke må søkes om tilskudd år for år. Anskaffelser av IKT systemer må skje i tett samarbeid med tjenestene slik at sluttbrukers behov blir ivare tatt, og ikke ta så lang tid at nye og bedre systemer har kommet til i mellomtiden. Når teknologien erstatter noe av den menneskelige kontakten ved hjemmebesøk, må politikere også støtte denne utviklingen i tjenesten.

Oslo kommune mener det er viktig å trekke frem digitalisering og teknologisk utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Digitalisering er tjenesteutvikling, og ikke noe som kommer etterpå eller i tillegg. Samtidig må det stilles krav om at teknologimiljøene utvikler mer brukervennlige digitale løsninger. Å drive denne utviklingen krever mye av kommunen og gjøres i et spenn mellom tjenesteutøvelse, lovverk, tekniske føringer og utforsking av befolkningens og tjenestenes behov. Oslo kommune støtter vurderingene om at det er behov for å utvikle nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Digital kompetanse vil være nødvendig for å lykkes med kvalitetshevende og personellbesparende velferdsteknologi. Kunnskap om digitale løsninger må inn i grunnutdanningene. Helsepersonell må allikevel være bevisst på at ikke alle brukere/ pasienter nødvendigvis vil være digitale.

### **Bystyrets behandling:**

FORSLAG:

*Forslag fremsatt i helse- og sosialutvalget:*

*Alternativt forslag fra Maren Rismyhr (R) og Morten G. Edvardsen (Sp):*

1.

Byrådssak 88/23 – Oslo kommunes høringssvar til Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste:

Oslo kommune kjenner seg igjen i utfordringsbildet med hensyn til at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert helsepersonell. Det er et viktig oppdrag kommisjonen har hatt. Kommisjonen har hatt som oppgave å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne,



rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet for å møte utfordringene i disse tjenestene på kort og lang sikt.

#### Innledende betraktninger

Etter Oslo kommunes syn unnlater kommisjonen å svare på dette sentrale spørsmålet. Det har trolig sammenheng med kommisjonens hovedkonklusjon, som gjentas gjennomgående i rapporten, og som kommisjonens leder har fremhevet under presentasjonene av rapporten; at en fortsatt økt personellvekst i helse- og omsorgstjenestene ikke er bærekraftig av hensyn til behov knyttet til øvrige samfunnsoppgaver. Oslo kommune mener at denne påstanden er dårlig fundamentert og at den kommer i veien for reelle løsningsforslag i rapporten. Kommunen viser til at forskeren som har levert underlaget for framskrivningene, Erling Holmøy ved SSB, har uttalt til Dag og Tid (24.02.2023) at denne påstanden savner dekning, og at den blokkerer for en fornuftig debatt. Oslo kommune deler denne vurderingen.

Kommisjonen tilrår færre ansatte per pasient i fremtiden og begrunner dette med at arbeidskraft vil være en begrenset ressurs fremover. I rapporten vises det videre til 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.

Her går kommisjonen langt i å gi vurderinger av hvor arbeidskraften vil ha størst verdi for samfunnet. Kommisjonen redegjør for sitt syn ved å vise at andelen ansatte innen helse- og omsorgssektoren har økt gjennom flere tiår og anser denne økningen som bekymringsfull. Oslo kommune mener at dette ikke uten videre gir noe grunnlag for bekymring, tvert imot. Utviklingen av bedre behandling, som omfatter flere sykdommer og pasienter og muligheten til å levere behandling og omsorg til befolkningen har ført til økt levealder og bedre livskvalitet for befolkningen. Dette er et stort gode for samfunnet vårt og en betydelig verdiskapning.

Også i fremtiden bør arbeidskraften vår benyttes der den bidrar til størst verdiskapning. Oslo kommune støtter derfor ikke hovedkonklusjonen i rapporten.

I rapporten grunnsyn ligger en fundamental misforståelse til grunn. Det er ikke slik at offentlige velferdstjenester er netto forbruk av ressurser og det eller heller ikke noe prinsipielt skille mellom verdiskapning i offentlig eller privat sektor. Det skjer stor verdiskapning både i offentlig og privat sektor. Etter kommisjonens logikk vil et røntgenbilde tatt på en privat klinikk være et netto bidrag, mens et røntgenbilde tatt på et offentlig sykehus representerer forbruk. På et overordnet plan presenterer kommisjonen overraskende svake samfunnsøkonomiske analyser.

Rapporten er svak når det gjelder de overordnede samfunnsøkonomiske betraktningene og hovedkonklusjonen mangler begrunnelse i rapporten. Rapporten er ujevn, for i mange av delkapitlene gis det gode og nyanserte fremstillinger. Mange utfordringer beskrives godt, men tiltakene som foreslås er ofte upresise, mens

fremstillingen i sammendraget er gjennomgående mindre nyansert og i større grad misvisende enn grunnlaget som er formulert i rapportens hoveddel.

På et overordnet plan mener Oslo kommune at rapporten ikke svarer ut de utfordringene kommunen har fremover med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Det er beklagelig, fordi kommunen står ovenfor en formidabel oppgave i de kommende tiårene.

Oslo kommune ønsker seg en ny utredning som svarer bedre på oppdraget som var: å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover 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.

Kommune vil i det følgende likevel kommentere på noen av de mer detaljerte forslagene i rapporten.

#### Overordnet

Et sentralt prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren er at nye oppgaver eller regelendringer som gir kommunesektoren økte kostnader, skal fullt ut kompenseres. Nye reformer skal finansieres fullt ut. Flere av kommisjonens forslag vil medføre økt behov for tilskudd til kommunesektoren.

#### Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Noen bydeler mener det kan være interessant å utforske nærmere kommisjonens flertall om å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag. Det er med tanke på at en eventuell samling av et felles forvaltningsnivå kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune ser med interesse på forslaget om en gjennomgang av dagens forvaltningsnivå, med utgangspunkt i intensjonene med samhandlingsreformen. En slik gjennomgang må ta hensyn til Oslo kommune sin særegne stilling som primærkommune og fylkeskommune og som opptaksområde for fire ulike sykehus. En forvaltningsmodell som passer for mange av landets små distriktskommuner vil kunne slå uheldig ut for Oslo.

Samtidig vil Oslo kommune påpeke at dagens foretaksorganisering med regionale helseforetak og underliggende helseforetak vil være en uegnet organisasjonsform dersom helsetjenestene skal legge til ett forvaltningsnivå. Forslaget vil kreve en omfattende omorganisering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helseforetaksorganiseringen vil gi for lav grad av demokratisk kontroll, styring og prioritering av helsetjenestene til innbyggerne dersom alle tjenestene samles på ett nivå.

Kommunene tilbyr tjenester nærmest befolkningen og har størst erfaring i å utnytte tilgjengelige ressurser på mest effektive måte innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune støtter forslaget om å iverksette et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering av arbeidsprosesser og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene.

### Oppgavedeling

En viktig suksessfaktor når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve trygghet og faglighet i utøvelsen av dem. Kravet om faglig forsvarlighet er absolutt og setter rammene for mulighetsrommet i oppgavedeling. Oppgavedeling med mål om å avlaste faglært helsepersonell og skape nye arbeidsplasser til personer som tradisjonelt sliter med å få seg jobb kan også være et viktig tiltak i rekrutteringsordninger for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo kommune bemerker at man må være oppmerksom på at det kan være motsetninger mellom oppgavedeling og kontinuitet for brukeren. Hvis man deler oppgavene på flere ulike aktører vil dette kunne medføre at brukeren får flere ansatte å forholde seg til.

Det blir nødvendig å dele kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oslo kommune støtter kommisjonens forslag om at det arbeides videre med anbefalingen om kombinerte arbeidssteder, «hus» og «hytte». Kommunen vurderer imidlertid at en slik løsning bør skje innenfor rammene av det arbeidsforholdet som er inngått, slik at man unngår ytterligere økning av deltidstillinger i helse- og omsorgssektoren.

«Hus- og hytte»-modellen som kommisjonen beskriver bærer preg av en form for ambulerende. Dette benyttes også en del i dag på frivillig basis. Arbeidstaker har fast arbeidssted, men kan frivillig inngå avtale om også å arbeide et annet sted. Dette brukes spesielt for leger på sykehus, gjerne leger som jobber på et stort sykehus som ambulerer ved å jobbe ved et mindre sykehus. Dette er fornuftig også i fremtiden, men det er litt uklart hvordan noe slikt skulle være et bidrag i Oslo. Oslo kommune mener at denne typen ordninger med flere arbeidssteder må være frivillige for arbeidstakere også i fremover. Flere arbeidssteder kan medføre krevende logistikk for ansatte med hensyn til reisevei, henting og levering av barn og så videre. Påtvungne ordninger vil kunne hemme rekruttering til yrkene snarere enn å styrke den.

Som Norges hovedstad, og sentrum i et arbeidsmarked som preges av konkurranse om arbeidskraften, er Oslo kommune særlig opptatt av å rekruttere, beholde og videreutvikle ansatte for å sikre at innbyggerne får riktig helsehjelp når de trenger det. I Oslo er det fire sykehus og mange nærliggende kommuner som samlet ligger i et relativt begrenset geografisk område. Dette kan medvirke til konkurranse om arbeidskraften i hovedstadsregionen. Samfunnet er tjent med at kommune og helseforetak ikke overbyr hverandre når det gjelder lønn og arbeidsvilkår, men søker å samarbeide om dette.

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten

representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Spesialisthelsetjenesten krever mye helsepersonell. Dersom Oslo kommune skal få tilstrekkelig tilgang til helsepersonell i og med at kommunen konkurrerer om det samme arbeidskraften i enda større grad enn utover i landet, er det viktig at sykehusene i hovedstaden benytter helsepersonellet effektivt. Kommunen har større utfordringer med å rekruttere enn sykehusene har.

De siste årene har det å bygge såkalte «arealeffektive sykehus» vært normen. Det er også slike sykehus Oslo universitetssykehus nå planlegger å bygge i Oslo. Oslo kommune har ved en rekke anledninger uttrykt sterk bekymring knyttet både til kapasitet og effektivitet i byggene som planlegges. Helsepersonellkommisjonens rapport understreker at den knappeste ressursen er personell. Personell er også den mest kostbare ressursen i helsetjenesten, og det vil den trolig alltid fortsette å være. Trange sykehusbygg har vist seg å føre til lavere produktivitet og svekket arbeidsmiljø. Dette er grundig dokumentert. Oslo kommune mener at kommisjonen burde tatt til orde for et skifte når det gjelder tankesett knytte til utforming av arealer. Gode arbeidsforhold er viktig både for arbeidsmiljø og effektivitet. Oslo kommune vil understreke viktigheten av at sykehusene i byen dimensjoneres med store nok akuttmottak, tilstrekkelig sengekapasitet, ikke minst til lokalsykehusfunksjoner for Oslos innbyggere, mange nok rom for poliklinisk behandling, tilstrekkelig med operasjonsstuer, lagrings- og oppbevaringskapasitet, god logistikk for utstyr, medisiner, mat og personell internt og eksternt og så videre. En god arbeidsflyt må kunne opprettholdes også i perioder med ekstra utfordringer.

Oslo kommune er svært bekymret for sykehusplanene til Oslo universitetssykehus som vil påføre kommunen omfattende ekstra oppgaver i en periode der kommunens helsetjenester er under stort press. Oslo kommune har ved flere anledninger, senest i sitt høringsinnspill til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF, gitt uttrykk for at den storstilte satsingen på såkalte hjemmesykehus som en del av Oslo Universitetssykehus ikke er et grep kommunen stiller seg positivt til. Oslo Universitetssykehus beskriver at de har som mål at OUS Hjemme skal bli sykehuset største avdeling og at målet er at 30 prosent av all behandling skal foregå i pasientenes hjem. Oslo kommune har i liten grad vært delaktig i denne planen og har liten oversikt over hvordan dette er tenkt gjennomført. Det er ingen ting som tyder på at en slik desentralisering vil kunne føre til redusert behov for helsepersonell, snarere tvert imot. Store nok bygg derimot vil kunne redusere behovet for helsepersonell.

Kommisjonen trekker frem som et viktig poeng at samfunnet som helhet må dele ressursene og at det vil ikke lenger være samme mulighet til å øke sysselsettingen innenfor helse- og omsorgssektoren slik det har vært gjort over flere år. Oslo kommune vil også understreke at Norge har et internasjonalt ansvar. Norge har forpliktet seg til å følge WHO's globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell, og skal ikke aktivt rekruttere personell fra land som selv har stor mangel på dette. Norge er imidlertid medlem av EØS og innbyggere i EØS kan fritt søke arbeid i Norge både innen helse- og omsorgssektoren, men ikke minst innen andre

sektorer. Norge kommer til å importere arbeidskraft i fremtiden innen mange sektorer og innenlandsk arbeidskraft vil på den måten kunne frigjøres til helse- og omsorgsoppgaver. Kommisjonen skriver heller ikke om mulighetene for innvandring fra personer i yrkesaktiv alder som trenger arbeid i Norge. Vi har som kjent stor tilstrømming av flyktninger fra Ukraina, noe som dessverre kan komme til å vedvare i lang tid. Det er heller ikke usannsynlig at innvandring i form av flyktninger og arbeidstakere fra andre land vil øke betydelig fremover slik at innbyggere i yrkesaktiv alder ikke vil være noen stor utfordring generelt.

Oslo kommune er skeptisk til ytterlige oppgavedeling fra helsepersonell til pasienter, brukere og pårørende. Oslo har utarbeidet en egen standard for pårørendesamarbeid.

Oppgavedeling må støttes av tydelig beskrivelse av ansvar og avgrensning av ansvar. Rettighetslovgivningen sett sammen med en kommunal helse- og omsorgstjenestelov som lister tjenester uten avgrensning, kan tendere til å skyve ansvar til helsesektoren selv der oppgaven kan løses av andre. Oppgavedeling må også sikre at dobling av tjenesteutøvelse unngås. Behandling bør fortrinnsvis gis uten at flere nivåer av helsepersonell involveres. Dette kan utfordre koordinering og ikke minst «portvokterrollen» til fastlegetjenesten. Det bør vurderes hvilke spesialisthelsetjenester som kan gis uten at pasienten må konsultere fastlege der dette ikke gir vesentlig tilleggsgevinst, det forutsetter at prioriteringsretningslinjer kan opprettholdes. På samme måte som det utprøves digital triage til fastlege, kan det også utprøves digital triage til spesialisthelsetjeneste. Triage er en vurdering og prioritering av pasienter ut fra hvor raskt pasienten må behandles. Digital triage kan også nyttes til å begrense dobbeltarbeid mellom de ulike delene av kommunal helsetjeneste, for eksempel mellom legevakt og fastlege. En forutsetning her er at de ulike helsetjenestnivåene har tilgang til nødvendig journalopplysninger.

Kommisjonen trekker frem at det er viktig å styrke generalistkompetansen, men Oslo kommune vil understreke at det også er nødvendig å styrke spesialistkompetansen i kommunehelsetjenesten. Det er mange år siden samhandlingsreformen kom, og tjenestene har utviklet seg siden. Virksomhetene i kommunen opplever sykere pasienter og det er behov for spesialisert kompetanse både i hjemmetjenesten og ved korttidsopphold i sykehjem. Dette blir også viktig dersom sykehuset skal bli mer utadventt med økt bruk av hjemmet som behandlingsarena. Når kommunene overtar oppgaver og ansvar som tidligere lå i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å endre fordeling av ressurser og kompetanse mellom forvaltningsnivåene tilsvarende.

Kommisjonens ønske om mer generalistkompetanse er i strid med utviklingstrekkene innen medisin. Der har utviklingen i lang tid gått i motsatt retning. Behandlingen har blitt stadig mer spesialister i sykehusene og nye utdanningsløp for leger handler i dag om økt subspecialisering og ikke om økt generalistkompetanse. Det er snart bare spesialistene i allmenntilleggsmedisin (fastlegene) som kan kalles generalister blant legene. Kravene om effektivisering og høyere volum taler for spesialisering og ikke det motsatte. I stedet mener Oslo kommune at det er viktig å se på hva slags spesialister og spesialkompetanse vi trenger mer av. Vi må ruste oss for å behandle det store volumet av pasienter fremover og det vil være behandling av skrøpelige eldre. Derfor

mener kommunen at det bør satses på å øke antallet geriatere fremover, også kommunen vil ha stort behov for knytte til seg geriatere.

#### Arbeidsforhold og arbeidstid

Oslo kommune vil fremheve kommisjonens vurderinger av at arbeidsglede, fysisk og psykisk trygghet i arbeidet og godt kollegialt miljø er viktige elementer i å rekruttere og beholde arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren. Oslo kommune støtter forslaget om å sette av statlige forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsmodeller som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.

Helsepersonellkommisjonen har ikke hatt som mandat å diskutere frontfagsmodellen. Kommisjonen peker likevel på at det er et handlingsrom til særskilte lønnsstillegg, mulige endringer i arbeidsbetingelser og arbeidsgiver-initierte tiltak som kan iverksettes for å rekruttere personell til helse- og sosialsektoren. Oslo kommune vil understreke at tiltak som iverksettes ikke bør utfordre frontfagsmodellen. Selv om helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer, må disse løses innen rammene som følger av frontfagsmodellen, for å sikre et forsvarlig kostnadsnivå for lønnsveksten samlet i samfunnet.

Kommisjonen er delt når det gjelder temaet om behov for endringer i bestemmelsene om gjennomsnittsberegning av arbeidstid.

Arbeid innen helse og omsorg er døgkontinuerlig og medfører betydelig arbeidsbelastning på kveld, netter og helger. Dette kan være belastende arbeidstidsordninger å stå i over tid og særlig for eldre arbeidstakere. For mange yngre, spesielt småbarnsforeldre er dette ikke attraktiv grunnet for stor belastning. Oslo kommune støtter mindretallet i kommisjonens i deres motstand mot å gi arbeidsgiver større styringsrett over arbeidstiden og er bekymret for at dette vil legge ytterligere press på normalarbeidsdagen. Oslo kommune støtter mindretallets dissens og mener at dagens ordning der partene gjennom avtale om gjennomsnittsberegning, blir enige om turnusen, har fungert i svært mange år. Dette har ført til at partene må samarbeide om å få gode arbeidstidsordninger. Det er først de senere årene arbeidsgiver har problematisert dette gjennom arbeidet med å oppnå flere hele stillinger.

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. Heltid skal være en rett, deltid skal være en mulighet for dem som ønsker det. 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. Denne tilpasningen gjøres best lokalt på den enkelte arbeidsplass. Mulighet for å ivareta slike lokale forhold, og sikre at arbeidstiden for den enkelte er forsvarlig, er viktig i arbeidet med å beholde og rekruttere helsepersonell.

For Oslo kommune er det viktig å overholde arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven § 4-1 gjelder generelt for alle sider av arbeidet. «Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ...». Når det gjelder arbeidstid legger arbeidsmiljøloven spesiell vekt på forsvarlighetskravet i § 10-2 første ledd.

I høringen beskrives arbeidstid både som en av årsakene til at folk forsvinner fra yrket, og som et av forslagene for å løse bemanningskrisen. Arbeidstidsordninger skal ikke bare dekke bemanningsbehovet til enhver tid. Det må også lages forsvarlige turnuser som arbeidstakerne orker å stå i over tid. For arbeidstid, er det satt et særlig forsvarlighetskrav i aml. § 10-2 første ledd. Regelen krever at alle arbeidstidsordninger skal være slik at «arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger», og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. Det skal ikke være mulig å avtale seg bort fra forsvarlighetskravet, verken i individuelle avtaler eller i tariffavtaler. Forsvarlighetskravet ligger i bunn som en sikkerhetsventil for å ivareta arbeidstakernes fysiske og psykiske helse, og sikkerhet.

Forsvarlighetskravet vil derfor i mange tilfeller innebære at man ikke kan bruke lovens rammer for arbeidstid fullt ut innen helse- og omsorgsbransjen hvor arbeidstiden skal dekke behovet for tjenester hele eller store deler av døgnet, året rundt. Dette medfører en rekke belastninger på arbeidstakerne i bransjen, som turnusarbeid med dag-, kveld- og nattarbeid, redusert arbeidsfri (quick returns), og tidvis lang daglig og ukentlig arbeidstid. I tillegg er arbeidet fysisk belastende, og arbeid med mennesker vil ofte være en stor emosjonell påkjenning.

Flere hele stillinger og større stillingsbrøker kan avhjelpe turnusutfordringene. Det vil gi økt forutsigbarhet og tryggere økonomi for de ansatte. Samtidig synes mange det er tungt å jobbe i tredelt turnus, og det kan derfor være krevende å stå i en 100 prosent stilling. Mange sliter med å få nok søvn som en følge av nattevakter. I tillegg til søvnproblemer viser den arbeidsmedisinske forskningen blant annet økt risiko for brystkreft ved mye nattarbeid, økt risiko for ulykker og feilhandlinger på grunn av lange arbeidsøkter og skiftarbeid og nattarbeid, og økt risiko for hjerte- og karsykdommer ved skift- og nattarbeid.

Oslo kommune har som arbeidsgiver ansvar for å sikre at arbeidstidsordningene også er forsvarlig for arbeidstakerne.

Oslo kommune er oppmerksom på en nyere undersøkelse som viser at dersom arbeidsgiver er engasjert i de ansattes helse og velvære, blir ansatte som er utsatt for emosjonelle belastninger på jobb sjeldnere utmattet og sykmeldt.

Kunnskap om den store betydningen arbeidstiden har for helsen er viktig for å redusere, sykefraværet, hindre frafall til andre bransjer, og for å redusere for tidlig avgang. Arbeidstiden er også viktig for kvaliteten og sikkerheten i arbeidet som utføres.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurderinger av behovet for en økt innsats mot sykefravær, og tilrettelegging slik at faktisk avgangsalder for helsepersonell øker.

Reduksjon av sykefravær som skyldes dårlig arbeidsmiljø og høy arbeidsbelastning både fysisk og psykisk skal være et satsingsområde for kommunen.

Kommisjonen viser til det partssammensatte arbeidet i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på særaldersgrenser i tilpasning til det reviderte pensjonssystemet. Det blir nødvendig å løse ut aktuelle arbeidsreserver som finnes, for eksempel ved god livsfasepolitikk. Har vi plass til pensjonister som ønsker å jobbe frivilling eller kommer de i konflikt med stillingsvernet for ansatte? Her må det også sees på forutsetningene for at pensjonister kan jobbe.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurdering av at det arbeides for å bedre arbeidsforholdene for å muliggjøre heltidsarbeid. Det er en stor og ubenyttet arbeidskrafts-reserve hos fagutdannede som av ulike årsaker arbeider redusert. Oslo kommune anerkjenner at det er selve arbeidstidsordningen som gir grunnlag for lavere alminnelig arbeidstid enn arbeidsmiljølovens utgangspunkt (40 timer per uke) for arbeidstakere i turnus. Erfaring og forskning viser at heltid gir bedre kvalitet i tjenestene, er bedre for den enkelte, gir enklere personaloppfølging og et bedre arbeidsmiljø. Deltidsarbeid er svært utbredt i helse- og omsorgssektoren og det er mange gode grunner til å fortsette arbeidet med å få flere ansatte på heltid. Det er den siste tiden blitt gjort en rekke tiltak i lov og avtaleverk som skal sikre ansatte muligheter til full stilling. Oslo kommune mener at deltidsproblematikken i større grad bør ses i lys av brukernes situasjon og behov og det å kunne gi et verdig omsorgstilbud. Med større fokus på dette som bakgrunn bør det vurderes ytterligere tiltak i lov- og avtaleverk for å redusere bruken av deltid.

Oslo kommuner vil påpeke at det også er virkemidler innenfor dagens rammeverk som kan benyttes i større grad. Mange ansatte ønsker å ha en viss fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Det bør stimuleres til- og legges til rette for større bruk av arbeidstidsordninger der deler av stillingen har fastlagt tid og deler har fleksibel tid. Den fleksible tiden gir den ansatte frihet.

Oslo kommune mener at statlig bemanningsnormer kan bli krevende å gjennomføre, men mener at det nå kan være nødvendig å innføre minimumsnormer både av hensyn til pasienter/brukere og ansatte, dersom mindre inngripende tiltak ikke strekker til. Innføring av en slik norm må fullfinansieres.

Helsesektoren er en 24/7 tjeneste som medfører betydelig helge og helligdagsarbeid, og ubekvem arbeidstid som mange sektorer er uten. Det må sikres balanse i den belastningen dette påfører arbeidstakeren (for eksempel nattarbeid) gjennom arbeidstidsregulering og godtgjørelse. En for lav godtgjørelse av ubekvent arbeid kan forsterke flyt av kompetent helsepersonell til privat sektor som ikke nødvendigvis utfører samfunnsmessig prioriterte helsetjenesteoppgaver, samt til andre yrker.

#### Utdanning og kompetanseutvikling

Oslo kommune støtter forslaget til krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging for arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren. Prinsippet om og tiltak knyttet til, livslang læring, støttes.



Med hensyn til utdanning og kompetanseutvikling vil Oslo kommune peke på at det i Oslo står ca. 45 000 innbyggere utenfor utdanning- og arbeidsliv. For økt tilgang på helsepersonell med kortere utdanning kan det være koplinger mellom behovet for helsepersonell og kommunens arbeids- og kompetansefelt.

Det er behov for at flere oppgaver gjøres forsvarlig av personell med lavere formell kompetanse, og det må sikres kompetanseutvikling for alle grupper.

Helsefagarbeideren som ressurs vil bli enda viktigere i tiden fremover, og styrking av helsefagarbeiderens grunnleggende kompetanse er et nødvendig tiltak. Flexibilitet i utdanningen og lønn under utdanning kan være aktuelle tiltak. Det er også viktig å se nærmere på yrkesprofesjoner som tradisjonelt ikke har vært i den kommunale helsetjenesten, som farmasøyter, apotekteknikere, helsesekretærer, tannpleier, logopeder m.m.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester vil være preget av økt andel mennesker med innvandrerbakgrunn, både blant pasienter og ansatte. Dette gjelder spesielt for Oslo kommune hvor ca. 33,7 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon). Det er nødvendig med fokus på mangfold og inkludering. Det er relevant med kunnskap om hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorikk og kulturelt betingende handlingsvalg samt om forståelse av helsebegrepet. Dette må gjenspeiles i de ulike helseprofesjonenes utdanninger. Språkopplæring, både i norsk og i fagspråk, er viktig. I Oslo kommune har 51 % av medarbeiderne i helse- og omsorgstjenestene innvandrerbakgrunn.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

Overbehandling er et sentralt felt som også diskuteres av kommisjonen, og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet.

Det er riktig at tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, men behovet for helsetjenester vil ikke bli borte ved at man reduserer tilgjengeligheten til offentlige helsetjenester. I stedet vil det da skapes et større privat marked for helsetjenester. Private aktører, med stort behov for kvalifisert personell vil etablere seg dersom det er et stort marked for dette. Disse private aktørene vil konkurrere både med kommunen og spesialisthelsetjenestene om arbeidskraften. Det offentlige må demme opp for en slik utvikling ved fortsatt å tilby gode offentlige helsetjenester. I motsatt fall vil rekruttering til offentlige helse- og omsorgstjenester bli ytterligere utfordret fremover.

Overbehandling er et problem i land der det private helsetjenester benyttes i større grad enn i Norge. Økt tilgang til private helsetjenester kan føre til at mer ressurser benyttes av dem som kan betale for tjenester, slik at det er økonomi snarere enn behov som blir avgjørende.

Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir allerede

systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Oslo kommune mener at kommisjonens overordnede fremstilling av manglende søkelys på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene er feil. Det er en sterk prioriteringstradisjon i norsk helsetjeneste og overbehandling er et langt mindre problem i Norge enn i en rekke andre land. Trolig nettopp fordi helsetjenestene har vært offentlig finansiert av fellesskapets midler. Derimot er behandlingstilbudet for svakt på flere områdene. Det gjelder i særlig grad for eldre pasienter og pasienter med psykiske lidelser.

Det har kommet politiske signaler på nasjonalt nivå om at innbyggere må ta mer ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom. For eksempel ved å flytte til tilrettelagte boliger hvor det er enklere for kommunen å tilby gode nok tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Det er viktig å se på boligpolitiske virkemidler i den sammenheng.

Det må tillegges at det i liten grad er mulig å planlegge for alvorlig sykdom. Planlegging for egen alderdom har innbyggerne hovedsakelig muligheten til å gjøre ved å planlegge for det relativt friske delen av alderdommen.

#### Digitalisering og teknologisk utvikling

Det er viktig at digital teknologi og data ses som et av flere verktøy og virkemidler for å kunne muliggjøre kommisjonens tiltaksområder.

Sømløs flyt av informasjon i tjenestene og velferdsteknologi har i mange år vært tema for å effektivisere helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig at den fremtidige innsatsen på områdene, både fortsetter og forsterkes. Økt fokus på å skape, på å tilgjengeliggjøre, og på utnyttelse av data, vil over tid kunne bidra til bedre folkehelse og forebygging av sykdommer, dersom det utnyttes godt. Etisk og forsvarlig utnyttelse av digital teknologi vil være et viktig innsatsområde generelt, men spesielt innen helse- og omsorgstjenester og spesielt der vi ønsker å utnytte kunstig intelligens. En helhetlig tilnærming til og bruk av data for både forsknings- og analyseformål, kan bidra til økt kunnskap og raskere utvikling av tjenestene.

Økt utnyttelse av digital teknologi og data i tjenestene, kan bidra til å skape tryggere forhold hos pårørende, spesielt eldre, men det vil kreve at det finnes gode muligheter for at mennesker kan hjelpe hverandre i større grad enn hva det digitale tillater i dag. Det er behov for økt brukerorientering, der forvaltningsnivåenes betydning er mindre synlig for innbyggerne. En økt satsing på informasjon, dialog og selvbetjening gjennom helsenorge.no, vil bidra til dette.

Teknologisk utvikling vil kunne effektivisere og gi mer pasientsikre helsetjenester. Pasientens legemiddelliste er et eksempel på utvikling som pågår, men som tar svært lang tid i utvikling og implementering. E-helsearbeidet må effektiviseres. Det var flere eksempler på rask utvikling under pandemien. Her er det endringsmuligheter.

Det er behov for et regelverk som sørger for at vi har tilstrekkelig fleksibilitet til å løse dagens og morgendagens utfordringer. Det handler hovedsakelig om to ting, utforming og fortolkning.

I dag er det ikke behovet, men de tekniske løsningene og innholdselementer som reguleres. Lov- og forskriftsutvikling vil ikke kunne holde tritt med teknologisk utvikling. Nettopp derfor bør ikke juridiske forarbeider inneholde vurderinger av teknisk løsning. Hver enkelt virksomhet må selv tolke regelverket. Dette krever alle virksomheter har nødvendig kompetanse og foregår ofte i egne fagavdelinger for langt unna tjenesten og relevante fagmiljøer. Når så to eller flere virksomheter skal samhandle, gjør ulik fortolkning at det blir svært tidkrevende og dyrt å jobbe frem en lik fortolkning av regelverket. Det fungerer ikke godt nok i dag, og det blir vanskeligere i fremtiden med enda større utfordringer. Sentrale myndigheter må nå erkjenne at dagens helselovgivning og metodikk for videreutvikling av denne hemmer oss i å nå målbildet i «En innbygger en journal». Risikoen er at helsevesenet blir mer og mer akterutseilt i den teknologiske utviklingen.

Det er også behov for at IKT-satsninger finansieres med en forutsigbar ramme, slik at det ikke må søkes om tilskudd år for år. Anskaffelser av IKT systemer må skje i tett samarbeid med tjenestene slik at sluttbrukers behov blir ivaretatt, og ikke ta så lang tid at nye og bedre systemer har kommet til i mellomtiden.

Undersøkelser fra USA der det helse- og omsorgstjenestene i større grad er digitaliserte enn i Norge, viser at bedre IKT-løsninger ikke reduserer behovet for helsepersonell, men kan øke kvaliteten på tjenesten.

Tekniske løsninger kan ikke erstatte menneskelig kontakt. Digitalisering er noe som skal komme som et kvalitetshevende tiltak i tillegg til omsorgsfull behandling.

Samtidig må det stilles krav om at teknologimiljøene utvikler mer brukervennlige digitale løsninger. Å drive denne utviklingen krever mye av kommunen og gjøres i et spenn mellom tjenesteutøvelse, lovverk, tekniske føringer og utforsking av befolkningens og tjenestenes behov. Oslo kommune støtter vurderingene om at det er behov for å utvikle nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Digital kompetanse vil være nødvendig for å lykkes med kvalitetshevende velferdsteknologi. Kunnskap om digitale løsninger må inn i grunnutdanningene. Helsepersonell må være svært bevisste på at ikke alle brukere/pasienter nødvendigvis vil være digitale og det må alltid finnes gode alternativer for brukere som ikke behersker eller har tilgang til teknologien.

Oslo kommunes forslag for å rekruttere og beholde helsepersonell  
Oslo kommune står overfor store utfordringer i når det gjelder å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i årene fremover. Kommunen får overført stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og mottar langt sykere pasienter enn tidligere. Oslo bystyre mener dette er en uakseptabel utvikling. Dette betyr at både kommunehelsetjenesten og sykehusene i byen må rustes opp for å møte den økende

andelen eldre i befolkningen. Behovet for mer kvalifisert helsepersonell er stort. Det er derfor uheldig at helsepersonellkommisjonen ikke har svart på oppdraget men kanskje heller har skremt unge fra å søke seg til yrkene med utsagn om at hver ansatt må forberede seg på å behandle enda flere pasienter i fremtiden.

Oslo kommune har derfor følgende forslag til hvordan stat og kommune kan rekruttere og beholde helsepersonell.

1. Sørge for tilstrekkelig kapasitet i den offentlige helsetjenesten til å hindre etablering av et stort privat marked. Den offentlige helsetjenesten har behov for økt finansiering. Det er ikke mulig å effektivisere bort det økende behovet. Ytterligere todeling av helsevesenet i Norge vil sannsynligvis føre til økt overbehandling for enkelte som har råd til å betale og økt behov for helsepersonell, ikke det motsatte
2. Økt lønn til ansatte i det offentlige helsevesenet
3. Sørge for forsvarlige arbeidstidsordninger
4. Vektlegging av et godt arbeidsmiljø  
God tilrettelegging av det fysiske miljøet med hensiktsmessige lokaler og pauserom, tilrettelegging av det psykososiale miljøet, større grad autonomi og tillit, mulighet for faglig fordypning og utvikling og akseptabel arbeidsbelastning
5. Gjeninnføring av støttepersonell
6. Økt utdanningskapasitet i alle helseutdanningene
7. Økt grunnbemanning for å hindre slitasje på de ansatte og høy grad av innleie
8. Lokal ledelse ved sykehusene
9. Større vektlegging av det helsefaglige og fokus på pasientsikkerhet og mindre vekt på økonomi og jus i helsetjenestene
10. Sørge for at deltidsansatte som ønsker det, får tilbud om heltid
11. Opprette flere stillinger for helsefagarbeider både i kommunen og på sykehusene

*Endringsforslag fra Maren Rismyhr (R) og Morten G. Edvardsen (Sp):*

2.

Subsidiære forslag dersom det helhetlige endringsforslaget ikke blir vedtatt:  
I starten av uttalelsen - første avsnitt

Stryk

Helsepersonellkommisjonens NOU er et godt kunnskapsgrunnlag som beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, samt peker på mulighetsrommet for å få en tilfredsstillende helsetjeneste for befolkningen i fremtiden. Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet.

Erstattes med

Oslo kommune kjenner seg igjen i utfordringsbildet med hensyn til at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert helsepersonell. Det er et viktig oppdrag kommisjonen har hatt. Utvalget har hatt som oppgave å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet for å møte utfordringene i disse tjenestene på kort og lang sikt.

4.

Stryk følgende avsnitt:

Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

6.

Stryk

Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

7.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

Stryk:

Oslo kommune mener det er viktig at kommisjonen trekker frem at vi må stå sammen i prioriteringer og valg, slik at innbyggernes forventninger kan sammenfalle med tilbudet i våre helse- og omsorgstjenester. Ansatte i førstelinjen må oppleve støtte i dette fra de som bestemmer. Dette er et ledelsesmessig og politisk ansvar. Politikerne bør også være varsomme med å vedta nye reformer hvor ikke behovet for bemanning og ressursbruk er tilstrekkelig vurdert.

Overbehandling er et sentralt felt og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet. Det er interessante regionale forskjeller i bruk av sykehustjenester blant de mest skrøpelige pasientene. Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, det sammen kan tilgangen til private helsetjenester. Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Endres til:

Overbehandling er et sentralt felt som også diskuteres av kommisjonen.

Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet.

Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, men behovet for helsetjenester vil ikke bli borte ved at man reduserer tilgjengeligheten til offentlige helsetjenester. I stedet vil det da skapes et større privat marked for helsetjenester. Private aktører, med stort behov for kvalifisert personell vil etablere seg dersom det er et stort marked for dette. Disse private aktørene vil konkurrere både med kommunen og spesialisthelsetjenestene om arbeidskraften. Det offentlige må demme opp for en slik utvikling ved fortsatt å tilby gode offentlige helsetjenester. I motsatt fall vil rekruttering til offentlige helse- og omsorgstjenester bli ytterligere utfordret fremover.

Overbehandling er et større problem i land der det private helsetjenester benyttes i større grad enn i Norge. Økt tilgang til private helsetjenester kan føre til at mer ressurser benyttes av dem som kan betale for tjenester, slik at det er økonomi snarere enn behov som blir avgjørende.

Oslo kommune mener at kommisjonens overordnede fremstilling av manglende søkelys på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene er feil. Det er en sterk prioriteringstradisjon i norsk helsetjeneste og overbehandling er et langt mindre problem i Norge enn i en rekke andre land. Trolig nettopp fordi helsetjenestene har vært offentlig finansiert av fellesskapets midler. Derimot er behandlingstilbudet for svakt på flere områder. Det gjelder i særlig grad for eldre pasienter og pasienter med psykiske lidelser.

*Tilleggsforslag fra Maren Rismyhr (R) og Morten G. Edvardsen (Sp):*

3.

Etter først avsnitt - tillegg

Innledende betraktninger

Etter Oslo kommunes syn unnlater kommisjonen å svare på dette sentrale spørsmålet. Det har trolig sammenheng med kommisjonens hovedkonklusjon, som gjentas gjennomgående i rapporten, og som kommisjonens leder har fremhevet under

presentasjonene av rapporten; at en fortsatt økt personellvekst i helse- og omsorgstjenestene ikke er bærekraftig av hensyn til behov knyttet til øvrige samfunnsoppgaver. Oslo kommune mener at denne påstanden er dårlig fundamentert og at den kommer i veien for reelle løsningsforslag i rapporten. Kommunen viser til at 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. Oslo kommune deler denne vurderingen.

Kommisjonen tilråder færre ansatte per pasient i fremtiden og begrunner dette med at arbeidskraft vil være en begrenset ressurs fremover. I rapporten vises det videre til 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.

Her går kommisjonen langt i å gi vurderinger av hvor arbeidskraften vil ha størst verdi for samfunnet. Kommisjonen redegjør for sitt syn ved å vise at andelen ansatte innen helse- og omsorgssektoren har økt gjennom flere tiår og anser denne økningen som bekymringsfull. Oslo kommune mener at dette ikke uten videre gir noe grunnlag for bekymring, tvert imot. Utviklingen av bedre behandling, som omfatter flere sykdommer og pasienter og muligheten til å levere behandling og omsorg til befolkningen har ført til økt levealder og bedre livskvalitet for befolkningen. Dette er et stort gode for samfunnet vårt og en betydelig verdiskapning.

Også i fremtiden må arbeidskraften vår benyttes der den bidrar til størst verdiskapning. Oslo kommune støtter derfor ikke hovedkonklusjonen i rapporten.

I rapporten grunnsyn ligger en fundamental misforståelse til grunn. Det er ikke slik at offentlige velferdstjenester er netto forbruk av ressurser og det eller heller ikke noe prinsipielt skille mellom verdiskapning i offentlig eller privat sektor. Det skjer stor verdiskapning både i offentlig og privat sektor. Etter kommisjonens logikk vil et røntgenbilde tatt på en privat klinikk være et netto bidrag, mens et røntgenbilde tatt på et offentlig sykehus representerer forbruk. På et overordnet plan presenterer kommisjonen overraskende svake samfunnsøkonomiske analyser.

Rapporten er svak når det gjelder de overordnede samfunnsøkonomiske betraktningene og hovedkonklusjonen mangler begrunnelse i rapporten. Rapporten er ujevn, for i mange av delkapitlene gis det gode og nyanserte fremstillinger. Mange utfordringer beskrives godt, men tiltakene som foreslås er ofte upresise, mens fremstillingen i sammendraget er gjennomgående mindre nyansert og i større grad misvisende enn grunnlaget som er formulert i rapportens hoveddel.

På et overordnet plan mener Oslo kommune at rapporten ikke svarer ut de utfordringene kommunen har fremover med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Det er beklagelig, fordi kommunen står ovenfor en formidabel oppgave i de kommende tiårene.

Oslo kommune ønsker seg en ny utredning som svarer bedre på oppdraget som var: å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover 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.

5.

Etter dette avsnittet:

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Følgende tillegg:

Spesialisthelsetjenesten krever mye helsepersonell. Dersom Oslo kommune skal få tilstrekkelig tilgang til helsepersonell i og med at kommunen konkurrerer om det samme arbeidskraften i enda større grad enn utover i landet, er det viktig at sykehusene i hovedstaden benytter helsepersonellet effektivt. Kommunen har større utfordringer med å rekruttere enn sykehusene har.

De siste årene har det å bygge såkalte «arealeffektive sykehus» vært normen. Det er også slike sykehus Oslo universitetssykehus nå planlegger å bygge i Oslo. Oslo kommune har ved en rekke anledninger uttrykt sterk bekymring knyttet både til kapasitet og effektivitet i byggene som planlegges. Helsepersonellkommisjonens rapport understreker at den knappeste ressursen er personell. Personell er også den mest kostbare ressursen i helsetjenesten, og det vil den trolig alltid fortsette å være. Trange sykehusbygg har vist seg å føre til lavere produktivitet og svekket arbeidsmiljø. Dette er grundig dokumentert. Oslo kommune mener at kommisjonen burde tatt til orde for et skifte når det gjelder tankesett knytte til utforming av arealer. Gode arbeidsforhold er viktig både for arbeidsmiljø og effektivitet. Oslo kommune vil understreke viktigheten av at sykehusene i byen dimensjoneres med store nok akuttmottak, tilstrekkelig sengekapasitet, ikke minst til lokalsykehusfunksjoner for Oslos innbyggere, mange nok rom for poliklinisk behandling, tilstrekkelig med operasjonsstuer og så videre. En god arbeidsflyt må kunne opprettholdes også i perioder med ekstra utfordringer.

Oslo kommune er svært bekymret for sykehusplanene til Oslo universitetssykehus som vil påføre kommunen omfattende ekstra oppgaver i en periode der kommunens helsetjenester er under stort press. Oslo kommune har ved flere anledninger, senest i sitt høringsinnspill til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF, gitt uttrykk for at den storstilte satsingen på såkalte hjemmesykehus som en del av Oslo Universitetssykehus ikke er et grep kommunen stiller seg positivt til. Oslo Universitetssykehus beskriver at de har som mål at OUS Hjemme skal bli sykehuset største avdeling og at målet er at 30 prosent av all behandling skal foregå i



pasientenes hjem. Oslo kommune har i liten grad vært delaktig i denne planen og har liten oversikt over hvordan dette er tenkt gjennomført. Det er ingen ting som tyder på at en slik desentralisering vil kunne føre til redusert behov for helsepersonell, snarere tvert imot. Store nok bygg derimot vil kunne redusere behovet for helsepersonell.

8.

Forslag til konkrete tiltak:

Etter siste avsnitt:

Oslo kommunes forslag for å rekruttere og beholde helsepersonell

Oslo kommune står overfor store utfordringer i når det gjelder å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i årene fremover. Kommunen får overført stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og mottar langt sykere pasienter enn tidligere. Oslo bystyre mener dette er en uakseptabel utvikling. Dette betyr at både kommunehelsetjenesten og sykehusene i byen må rustes opp for å møte den økende andelen eldre i befolkningen. Behovet for mer kvalifisert helsepersonell er stort. Det er derfor uheldig at helsepersonellkommisjonen ikke har svart på oppdraget men kanskje heller har skremt unge fra å søke seg til yrkene med utsagn om at hver ansatt må forberede seg på å behandle enda flere pasienter i fremtiden.

Oslo kommune har derfor følgende forslag til hvordan stat og kommune kan rekruttere og beholde helsepersonell.

1. Sørge for tilstrekkelig kapasitet i den offentlige helsetjenesten til å hindre etablering av et stort privat marked. Den offentlige helsetjenesten har behov for økt finansiering. Det er ikke mulig å effektivisere bort det økende behovet. Ytterligere todeling av helsevesenet i Norge vil sannsynligvis føre til økt overbehandling for enkelte som har råd til å betale og økt behov for helsepersonell, ikke det motsatte

2. Økt lønn til ansatte i det offentlige helsevesenet

3. Sørge for forsvarlige arbeidstidsordninger

4. Vektlegging av et godt arbeidsmiljø God tilrettelegging av det fysiske miljøet med hensiktsmessige lokaler og pauserom, tilrettelegging av det psykososiale miljøet, større grad autonomi og tillit, mulighet for faglig fordypning og utvikling og akseptabel arbeidsbelastning

5. Gjeninnføring av støttepersonell

6. Økt utdanningskapasitet i alle helseutdanningene

7. Økt grunnbemanning for å hindre slitasje på de ansatte og høy grad av innleie

8. Lokal ledelse ved sykehusene

9. Større vektlegging av det helsefaglige og fokus på pasientsikkerhet og mindre vekt på økonomi og jus i helsetjenestene

10. Sørge for at deltidsansatte som ønsker det, får tilbud om heltid

11. Opprette flere stillinger for helsefagarbeider både i kommunen og på sykehusenes siste avsnitt

### **Votering:**

R og Sps alternative forslag, punkt 1, ble forkastet mot 8 stemmer (R, FP og Sp).

R og Sps endringsforslag, punktene 2, 4 og 7, ble forkastet mot 8 stemmer (R, FP og Sp).

R og Sps endringsforslag, punkt 6, ble trukket.

Byrådets innstilling ble vedtatt mot 5 stemmer (R og Sp).

R og Sps tilleggsforslag, punktene 3, 5 og 8, ble forkastet mot 8 stemmer (R, FP og Sp).

---

*Det foreligger ingen flertallsinnstilling fra helse- og sosialutvalget*

### **Helse- og sosialutvalgets behandling:**

#### **MERKNADER:**

*Utvalgets mindretall, medlemmet fra FP, vil rose alle i helse- og omsorgstjenesten for det gode arbeidet de gjør hver eneste dag.*

Dette medlem vet at det de siste årene har vært vanskeligheter med å bemanne ledige stillinger innen helse- og omsorgstjenesten og er glad for at det tas tak slik at vi kan komme raskere i balanse.

#### **FORSLAG:**

*Endringsforslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R) - Subsidiære forslag dersom det helhetlige endringsforslaget ikke blir vedtatt:*

2.

I starten av uttalelsen - første avsnitt

Strykes

Helsepersonellkomisjonens NOU er et godt kunnskapsgrunnlag som beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, samt peker på mulighetsrommet for å få en tilfredsstillende helsetjeneste for befolkningen i fremtiden. Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet.

Erstattes med

Oslo kommune kjenner seg igjen i utfordringsbildet med hensyn til at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert helsepersonell. Det er et viktig oppdrag kommisjonen har hatt. Utvalget har hatt som oppgave å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet for å møte utfordringene i disse tjenestene på kort og lang sikt.

*Endringsforslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R):*

4.

Stryk følgende avsnitt:

Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

*Endringsforslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R):*

6.

Stryk

Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

7.

Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

Stryk:

Oslo kommune mener det er viktig at kommisjonen trekker frem at vi må stå sammen i

prioriteringer og valg, slik at innbyggernes forventninger kan sammenfalle med tilbudet i våre helse- og omsorgstjenester. Ansatte i førstelinjen må oppleve støtte i dette fra de som bestemmer. Dette er et ledelsesmessig og politisk ansvar. Politikerne bør også være varsomme med å vedta nye reformer hvor ikke behovet for bemanning og ressursbruk er tilstrekkelig vurdert.

Overbehandling er et sentralt felt og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet. Det er interessante regionale forskjeller i bruk av sykehustjenester blant de mest skrøpelige pasientene. Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, det sammen kan tilgangen til private helsetjenester. Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Endres til:

Overbehandling er et sentralt felt som også diskuteres av kommisjonen. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet.

Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, men behovet for helsetjenester vil ikke bli borte ved at man reduserer tilgjengeligheten til offentlige helsetjenester. I stedet vil det da skapes et større privat marked for helsetjenester. Private aktører, med stort behov for kvalifisert personell vil etablere seg dersom det er et stort marked for dette. Disse private aktørene vil konkurrere både med kommunen og spesialisthelsetjenestene om arbeidskraften. Det offentlige må demme opp for en slik utvikling ved fortsatt å tilby gode offentlige helsetjenester. I motsatt fall vil rekruttering til offentlige helse- og omsorgstjenester bli ytterligere utfordret fremover.

Overbehandling er et større problem i land der det private helsetjenester benyttes i større grad enn i Norge. Økt tilgang til private helsetjenester kan føre til at mer ressurser benyttes av dem som kan betale for tjenester, slik at det er økonomi snarere enn behov som blir avgjørende.

Oslo kommune mener at kommisjonens overordnede fremstilling av manglende søkelys på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene er feil. Det er en sterk prioriteringstradisjon i norsk helsetjeneste og overbehandling er et langt mindre problem i Norge enn i en rekke andre land. Trolig nettopp fordi helsetjenestene har vært offentlig finansiert av fellesskapets midler. Derimot er behandlingstilbudet for svakt på flere områdene. Det gjelder i særlig grad for eldre pasienter og pasienter med psykiske lidelser.

*Alternativt forslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R):*

1.

Byrådssak 88/23 – Oslo kommunes hørings svar til Helsepersonellkomisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til NOU 2023: 4 Tid for handling.  
Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste:

Oslo kommune kjenner seg igjen i utfordringsbildet med hensyn til at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert helsepersonell. Det er et viktig oppdrag kommisjonen har hatt. Kommisjonen har hatt som oppgave å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i hele landet for å møte utfordringene i disse tjenestene på kort og lang sikt.

Innledende betraktninger

Etter Oslo kommunes syn unnlater kommisjonen å svare på dette sentrale spørsmålet. Det har trolig sammenheng med kommisjonens hovedkonklusjon, som gjentas gjennomgående i rapporten, og som kommisjonens leder har fremhevet under presentasjonene av rapporten; at en fortsatt økt personellvekst i helse- og omsorgstjenestene ikke er bærekraftig av hensyn til behov knyttet til øvrige samfunnsoppgaver. Oslo kommune mener at denne påstanden er dårlig fundamentert og at den kommer i veien for reelle løsningsforslag i rapporten. Kommunen viser til at forskeren som har levert underlaget for framskrivningene, Erling Holmøy ved SSB, har uttalt til Dag og Tid (24.02.2023) at denne påstanden savner dekning, og at den blokkerer for en fornuftig debatt. Oslo kommune deler denne vurderingen.

Kommisjonen tilrår færre ansatte per pasient i fremtiden og begrunner dette med at arbeidskraft vil være en begrenset ressurs fremover. I rapporten vises det videre til 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.

Her går kommisjonen langt i å gi vurderinger av hvor arbeidskraften vil ha størst verdi for samfunnet. Kommisjonen redegjør for sitt syn ved å vise at andelen ansatte innen helse- og omsorgssektoren har økt gjennom flere tiår og anser denne økningen som bekymringsfull. Oslo kommune mener at dette ikke uten videre gir noe grunnlag for bekymring, tvert imot. Utviklingen av bedre behandling, som omfatter flere sykdommer og pasienter og muligheten til å levere behandling og omsorg til befolkningen har ført til økt levealder og bedre livskvalitet for befolkningen. Dette er et stort gode for samfunnet vårt og en betydelig verdiskapning.

Også i fremtiden bør arbeidskraften vår benyttes der den bidrar til størst verdiskapning. Oslo kommune støtter derfor ikke hovedkonklusjonen i rapporten.

I rapporten grunnsyn ligger en fundamental misforståelse til grunn. Det er ikke slik at offentlige velferdstjenester er netto forbruk av ressurser og det eller heller ikke noe prinsipielt skille mellom verdiskapning i offentlig eller privat sektor. Det skjer stor

verdskapning både i offentlig og privat sektor. Etter kommisjonens logikk vil et røntgenbilde tatt på en privat klinikk være et netto bidrag, mens et røntgenbilde tatt på et offentlig sykehus representerer forbruk. På et overordnet plan presenterer kommisjonen overraskende svake samfunnsøkonomiske analyser.

Rapporten er svak når det gjelder de overordnede samfunnsøkonomiske betraktningene og hovedkonklusjonen mangler begrunnelse i rapporten. Rapporten er ujevn, for i mange av delkapitlene gis det gode og nyanserte fremstillinger. Mange utfordringer beskrives godt, men tiltakene som foreslås er ofte upresise, mens fremstillingen i sammendraget er gjennomgående mindre nyansert og i større grad misvisende enn grunnlaget som er formulert i rapportens hoveddel.

På et overordnet plan mener Oslo kommune at rapporten ikke svarer ut de utfordringene kommunen har fremover med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Det er beklagelig, fordi kommunen står ovenfor en formidabel oppgave i de kommende tiårene.

Oslo kommune ønsker seg en ny utredning som svarer bedre på oppdraget som var: å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover 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.

Kommune vil i det følgende likevel kommentere på noen av de mer detaljerte forslagene i rapporten.

#### Overordnet

Et sentralt prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren er at nye oppgaver eller regelendringer som gir kommunesektoren økte kostnader, skal fullt ut kompenseres. Nye reformer skal finansieres fullt ut. Flere av kommisjonens forslag vil medføre økt behov for tilskudd til kommunesektoren.

#### Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Noen bydeler mener det kan være interessant å utforske nærmere kommisjonens flertall om å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag. Det er med tanke på at en eventuell samling av et felles forvaltningsnivå kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune ser med interesse på forslaget om en gjennomgang av dagens forvaltningsnivå, med utgangspunkt i intensjonene med samhandlingsreformen. En slik gjennomgang må ta hensyn til Oslo kommune sin særegne stilling som primærkommune og fylkeskommune og som opptaksområde for fire ulike sykehus. En forvaltningsmodell som passer for mange av landets små distriktskommuner vil kunne slå uheldig ut for Oslo.

Samtidig vil Oslo kommune påpeke at dagens foretaksorganisering med regionale helseforetak og underliggende helseforetak vil være en uegnet organisasjonsform

dersom helsetjenestene skal legge til ett forvaltningsnivå. Forslaget vil kreve en omfattende omorganisering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helseforetaksorganiseringen vil gi for lav grad av demokratisk kontroll, styring og prioritering av helsetjenestene til innbyggerne dersom alle tjenestene samles på ett nivå.

Kommunene tilbyr tjenester nærmest befolkningen og har størst erfaring i å utnytte tilgjengelige ressurser på mest effektive måte innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune støtter forslaget om å iverksette et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering av arbeidsprosesser og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene.

### Oppgavedeling

En viktig suksessfaktor når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve trygghet og faglighet i utøvelsen av dem. Kravet om faglig forsvarlighet er absolutt og setter rammene for mulighetsrommet i oppgavedeling. Oppgavedeling med mål om å avlaste faglært helsepersonell og skape nye arbeidsplasser til personer som tradisjonelt sliter med å få seg jobb kan også være et viktig tiltak i rekrutteringsordninger for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo kommune bemerker at man må være oppmerksom på at det kan være motsetninger mellom oppgavedeling og kontinuitet for brukeren. Hvis man deler oppgavene på flere ulike aktører vil dette kunne medføre at brukeren får flere ansatte å forholde seg til.

Det blir nødvendig å dele kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oslo kommune støtter kommisjonens forslag om at det arbeides videre med anbefalingen om kombinerte arbeidssteder, «hus» og «hytte». Kommunen vurderer imidlertid at en slik løsning bør skje innenfor rammene av det arbeidsforholdet som er inngått, slik at man unngår ytterligere økning av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren.

«Hus- og hytte»-modellen som kommisjonen beskriver bærer preg av en form for ambulerende. Dette benyttes også en del i dag på frivillig basis. Arbeidstaker har fast arbeidssted, men kan frivillig inngå avtale om også å arbeide et annet sted. Dette brukes spesielt for leger på sykehus, gjerne leger som jobber på et stort sykehus som ambulerer ved å jobbe ved et mindre sykehus. Dette er fornuftig også i fremtiden, men det er litt uklart hvordan noe slikt skulle være et bidrag i Oslo. Oslo kommune mener at denne typen ordninger med flere arbeidssteder må være frivillige for arbeidstakere også i fremover. Flere arbeidssteder kan medføre krevende logistikk for ansatte med hensyn til reisevei, henting og levering av barn og så videre. Påtvungne ordninger vil kunne hemme rekruttering til yrkene snarere enn å styrke den.

Som Norges hovedstad, og sentrum i et arbeidsmarked som preges av konkurranse om arbeidskraften, er Oslo kommune særlig opptatt av å rekruttere, beholde og videreutvikle ansatte for å sikre at innbyggerne får riktig helsehjelp når de trenger det. I Oslo er det fire sykehus og mange nærliggende kommuner som samlet ligger i et

relativt begrenset geografisk område. Dette kan medvirke til konkurranse om arbeidskraften i hovedstadsregionen. Samfunnet er tjent med at kommune og helseforetak ikke overbyr hverandre når det gjelder lønn og arbeidsvilkår, men søker å samarbeide om dette.

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Spesialisthelsetjenesten krever mye helsepersonell. Dersom Oslo kommune skal få tilstrekkelig tilgang til helsepersonell i og med at kommunen konkurrerer om det samme arbeidskraften i enda større grad enn utover i landet, er det viktig at sykehusene i hovedstaden benytter helsepersonellet effektivt. Kommunen har større utfordringer med å rekruttere enn sykehusene har.

De siste årene har det å bygge såkalte «arealeffektive sykehus» vært normen. Det er også slike sykehus Oslo universitetssykehus nå planlegger å bygge i Oslo. Oslo kommune har ved en rekke anledninger uttrykt sterk bekymring knyttet både til kapasitet og effektivitet i byggene som planlegges. Helsepersonellkomisjonens rapport understreker at den knappeste ressursen er personell. Personell er også den mest kostbare ressursen i helsetjenesten, og det vil den trolig alltid fortsette å være. Trange sykehusbygg har vist seg å føre til lavere produktivitet og svekket arbeidsmiljø. Dette er grundig dokumentert. Oslo kommune mener at kommisjonen burde tatt til orde for et skifte når det gjelder tankesett knytte til utforming av arealer. Gode arbeidsforhold er viktig både for arbeidsmiljø og effektivitet. Oslo kommune vil understreke viktigheten av at sykehusene i byen dimensjoneres med store nok akuttmottak, tilstrekkelig sengekapasitet, ikke minst til lokalsykehusfunksjoner for Oslos innbyggere, mange nok rom for poliklinisk behandling, tilstrekkelig med operasjonsstuer, lagrings- og oppbevaringskapasitet, god logistikk for utstyr, medisiner, mat og personell internt og eksternt og så videre. En god arbeidsflyt må kunne opprettholdes også i perioder med ekstra utfordringer.

Oslo kommune er svært bekymret for sykehusplanene til Oslo universitetssykehus som vil påføre kommunen omfattende ekstra oppgaver i en periode der kommunens helsetjenester er under stort press. Oslo kommune har ved flere anledninger, senest i sitt høringsinnspill til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF, gitt uttrykk for at den storstilte satsingen på såkalte hjemmesykehus som en del av Oslo Universitetssykehus ikke er et grep kommunen stiller seg positivt til. Oslo Universitetssykehus beskriver at de har som mål at OUS Hjemme skal bli sykehuset største avdeling og at målet er at 30 prosent av all behandling skal foregå i pasientenes hjem. Oslo kommune har i liten grad vært delaktig i denne planen og har liten oversikt over hvordan dette er tenkt gjennomført. Det er ingen ting som tyder på at en slik desentralisering vil kunne føre til redusert behov for helsepersonell, snarere tvert imot. Store nok bygg derimot vil kunne redusere behovet for helsepersonell.



Kommisjonen trekker frem som et viktig poeng at samfunnet som helhet må dele ressursene og at det vil ikke lenger være samme mulighet til å øke sysselsettingen innenfor helse- og omsorgssektoren slik det har vært gjort over flere år. Oslo kommune vil også understreke at Norge har et internasjonalt ansvar. Norge har forpliktet seg til å følge WHO's globale retningslinjer for internasjonal rekruttering av helsepersonell, og skal ikke aktivt rekruttere personell fra land som selv har stor mangel på dette. Norge er imidlertid medlem av EØS og innbyggere i EØS kan fritt søke arbeid i Norge både innen helse- og omsorgssektoren, men ikke minst innen andre sektorer. Norge kommer til å importere arbeidskraft i fremtiden innen mange sektorer og innenlandsk arbeidskraft vil på den måten kunne frigjøres til helse- og omsorgsoppgaver. Kommisjonen skriver heller ikke om mulighetene for innvandring fra personer i yrkesaktiv alder som trenger arbeid i Norge. Vi har som kjent stor tilstrømming av flyktninger fra Ukraina, noe som dessverre kan komme til å vedvare i lang tid. Det er heller ikke usannsynlig at innvandring i form av flyktninger og arbeidstakere fra andre land vil øke betydelig fremover slik at innbyggere i yrkesaktiv alder ikke vil være noen stor utfordring generelt.

Oslo kommune er skeptisk til ytterlige oppgavedeling fra helsepersonell til pasienter, brukere og pårørende. Oslo har utarbeidet en egen standard for pårørendesamarbeid.

Oppgavedeling må støttes av tydelig beskrivelse av ansvar og avgrensning av ansvar. Rettighetslovgivningen sett sammen med en kommunal helse- og omsorgstjenestelov som lister tjenester uten avgrensning, kan tendere til å skyve ansvar til helsesektoren selv der oppgaven kan løses av andre. Oppgavedeling må også sikre at dubling av tjenesteutøvelse unngås. Behandling bør fortrinnsvis gis uten at flere nivåer av helsepersonell involveres. Dette kan utfordre koordinering og ikke minst «portvokterrollen» til fastlegetjenesten. Det bør vurderes hvilke spesialisthelsetjenester som kan gis uten at pasienten må konsultere fastlege der dette ikke gir vesentlig tilleggsgevinst, det forutsetter at prioriteringsretningslinjer kan opprettholdes. På samme måte som det utprøves digital triage til fastlege, kan det også utprøves digital triage til spesialisthelsetjeneste. Triage er en vurdering og prioritering av pasienter ut fra hvor raskt pasienten må behandles. Digital triage kan også nyttes til å begrense dobbeltarbeid mellom de ulike delene av kommunal helsetjeneste, for eksempel mellom legevakt og fastlege. En forutsetning her er at de ulike helsetjenestenivåene har tilgang til nødvendig journalopplysninger.

Kommisjonen trekker frem at det er viktig å styrke generalistkompetansen, men Oslo kommune vil understreke at det også er nødvendig å styrke spesialistkompetansen i kommunehelsetjenesten. Det er mange år siden samhandlingsreformen kom, og tjenestene har utviklet seg siden. Virksomhetene i kommunen opplever sykere pasienter og det er behov for spesialisert kompetanse både i hjemmetjenesten og ved korttidsopphold i sykehjem. Dette blir også viktig dersom sykehuset skal bli mer utadventt med økt bruk av hjemmet som behandlingsarena. Når kommunene overtar oppgaver og ansvar som tidligere lå i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å endre fordeling av ressurser og kompetanse mellom forvaltningsnivåene tilsvarende.

Kommisjonens ønske om mer generalistkompetanse er i strid med utviklingstrekkene innen medisin. Der har utviklingen i lang tid gått i motsatt retning. Behandlingen har blitt stadig mer spesialister i sykehusene og nye utdanningsløp for leger handler i dag om økt subspecialisering og ikke om økt generalistkompetanse. Det er snart bare spesialistene i allmenmedisin (fastlegene) som kan kalles generalister blant legene. Kravene om effektivisering og høyere volum taler for spesialisering og ikke det motsatte. I stedet mener Oslo kommune at det er viktig å se på hva slags spesialister og spesialkompetanse vi trenger mer av. Vi må ruste oss for å behandle det store volumet av pasienter fremover og det vil være behandling av skrøpelige eldre. Derfor mener kommunen at det bør satses på å øke antallet geriatere fremover, også kommunen vil ha stort behov for knytte til seg geriatere.

#### Arbeidsforhold og arbeidstid

Oslo kommune vil fremheve kommisjonens vurderinger av at arbeidsglede, fysisk og psykisk trygghet i arbeidet og godt kollegialt miljø er viktige elementer i å rekruttere og beholde arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren. Oslo kommune støtter forslaget om å sette av statlige forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsmodeller som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.

Helsepersonellkommisjonen har ikke hatt som mandat å diskutere frontfagsmodellen. Kommisjonen peker likevel på at det er et handlingsrom til særskilte lønnstillegg, mulige endringer i arbeidsbetingelser og arbeidsgiver-initierte tiltak som kan iverksettes for å rekruttere personell til helse- og sosialsektoren. Oslo kommune vil understreke at tiltak som iverksettes ikke bør utfordre frontfagsmodellen. Selv om helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer, må disse løses innen rammene som følger av frontfagsmodellen, for å sikre et forsvarlig kostnadsnivå for lønnsveksten samlet i samfunnet.

Kommisjonen er delt når det gjelder temaet om behov for endringer i bestemmelsene om gjennomsnittsberegning av arbeidstid.

Arbeid innen helse og omsorg er døgnkontinuerlig og medfører betydelig arbeidsbelastning på kveld, netter og helger. Dette kan være belastende arbeidstidsordninger å stå i over tid og særlig for eldre arbeidstakere. For mange yngre, spesielt småbarnsforeldre er dette ikke attraktivt grunnet for stor belastning. Oslo kommune støtter mindretallet i kommisjonens i deres motstand mot å gi arbeidsgiver større styringsrett over arbeidstiden og er bekymret for at dette vil legge ytterligere press på normalarbeidsdagen. Oslo kommune støtter mindretallets dissens og mener at dagens ordning der partene gjennom avtale om gjennomsnittsberegning, blir enige om turnusen, har fungert i svært mange år. Dette har ført til at partene må samarbeide om å få gode arbeidstidsordninger. Det er først de senere årene arbeidsgiver har problematisert dette gjennom arbeidet med å oppnå flere hele stillinger.

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. Heltid skal være en rett, deltid skal være en mulighet for dem som ønsker det. 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. Denne tilpasningen gjøres best lokalt på den enkelte arbeidsplass. Mulighet for å ivareta slike lokale forhold, og sikre at arbeidstiden for den enkelte er forsvarlig, er viktig i arbeidet med å beholde og rekruttere helsepersonell.

For Oslo kommune er det viktig å overholde arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven § 4-1 gjelder generelt for alle sider av arbeidet. «Arbeidsmiljøet i virksomheten skal være fullt forsvarlig ...». Når det gjelder arbeidstid legger arbeidsmiljøloven spesiell vekt på forsvarlighetskravet i § 10-2 første ledd.

I høringen beskrives arbeidstid både som en av årsakene til at folk forsvinner fra yrket, og som et av forslagene for å løse bemanningskrisen. Arbeidstidsordninger skal ikke bare dekke bemanningsbehovet til enhver tid. Det må også lages forsvarlige turnuser som arbeidstakerne orker å stå i over tid. For arbeidstid, er det satt et særlig forsvarlighetskrav i aml. § 10-2 første ledd. Regelen krever at alle arbeidstidsordninger skal være slik at «arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger», og slik at det er mulig å ivareta sikkerhetshensyn. Det skal ikke være mulig å avtale seg bort fra forsvarlighetskravet, verken i individuelle avtaler eller i tariffavtaler. Forsvarlighetskravet ligger i bunn som en sikkerhetsventil for å ivareta arbeidstakernes fysiske og psykiske helse, og sikkerhet.

Forsvarlighetskravet vil derfor i mange tilfeller innebære at man ikke kan bruke lovens rammer for arbeidstid fullt ut innen helse- og omsorgsbransjen hvor arbeidstiden skal dekke behovet for tjenester hele eller store deler av døgnet, året rundt. Dette medfører en rekke belastninger på arbeidstakerne i bransjen, som turnusarbeid med dag-, kveld- og nattarbeid, redusert arbeidsfri (quick returns), og tidvis lang daglig og ukentlig arbeidstid. I tillegg er arbeidet fysisk belastende, og arbeid med mennesker vil ofte være en stor emosjonell påkjenning.

Flere hele stillinger og større stillingsbrøker kan avhjelpe turnusutfordringene. Det vil gi økt forutsigbarhet og tryggere økonomi for de ansatte. Samtidig synes mange det er tungt å jobbe i tredelt turnus, og det kan derfor være krevende å stå i en 100 prosent stilling. Mange sliter med å få nok søvn som en følge av nattevakter. I tillegg til søvnproblemer viser den arbeidsmedisinske forskningen blant annet økt risiko for brystkreft ved mye nattarbeid, økt risiko for ulykker og feilhandlinger på grunn av lange arbeidsøkter og skiftarbeid og nattarbeid, og økt risiko for hjerte- og karsykdommer ved skift- og nattarbeid.

Oslo kommune har som arbeidsgiver ansvar for å sikre at arbeidstidsordningene også er forsvarlig for arbeidstakerne.

Oslo kommune er oppmerksom på en nyere undersøkelse som viser at dersom arbeidsgiver er engasjert i de ansattes helse og velvære, blir ansatte som er utsatt for emosjonelle belastninger på jobb sjeldnere utmattet og sykmeldt.

Kunnskap om den store betydningen arbeidstiden har for helsen er viktig for å redusere, sykefraværet, hindre frafall til andre bransjer, og for å redusere for tidlig avgang. Arbeidstiden er også viktig for kvaliteten og sikkerheten i arbeidet som utføres.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurderinger av behovet for en økt innsats mot sykefravær, og tilrettelegging slik at faktisk avgangsalder for helsepersonell øker. Reduksjon av sykefravær som skyldes dårlig arbeidsmiljø og høy arbeidsbelastning både fysisk og psykisk skal være et satsingsområde for kommunen.

Kommisjonen viser til det partssammensatte arbeidet i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på særaldersgrenser i tilpasning til det reviderte pensjonssystemet. Det blir nødvendig å løse ut aktuelle arbeidsreserver som finnes, for eksempel ved god livsfasepolitikk. Har vi plass til pensjonister som ønsker å jobbe frivilling eller kommer de i konflikt med stillingsvernet for ansatte? Her må det også sees på forutsetningene for at pensjonister kan jobbe.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurdering av at det arbeides for å bedre arbeidsforholdene for å muliggjøre heltidsarbeid. Det er en stor og ubenyttet arbeidskrafts-reserve hos fagutdannede som av ulike årsaker arbeider redusert. Oslo kommune anerkjenner at det er selve arbeidstidsordningen som gir grunnlag for lavere alminnelig arbeidstid enn arbeidsmiljølovens utgangspunkt (40 timer per uke) for arbeidstakere i turnus. Erfaring og forskning viser at heltid gir bedre kvalitet i tjenestene, er bedre for den enkelte, gir enklere personaloppfølging og et bedre arbeidsmiljø. Deltidsarbeid er svært utbredt i helse- og omsorgssektoren og det er mange gode grunner til å fortsette arbeidet med å få flere ansatte på heltid. Det er den siste tiden blitt gjort en rekke tiltak i lov og avtaleverk som skal sikre ansatte muligheter til full stilling. Oslo kommune mener at deltidspromatikken i større grad bør ses i lys av brukernes situasjon og behov og det å kunne gi et verdig omsorgstilbud. Med større fokus på dette som bakgrunn bør det vurderes ytterligere tiltak i lov- og avtaleverk for å redusere bruken av deltid.

Oslo kommuner vil påpeke at det også er virkemidler innenfor dagens rammeverk som kan benyttes i større grad. Mange ansatte ønsker å ha en viss fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Det bør stimuleres til- og legges til rette for større bruk av arbeidstidsordninger der deler av stillingen har fastlagt tid og deler har fleksibel tid. Den fleksible tiden gir den ansatte frihet.

Oslo kommune mener at statlig bemanningsnormer kan bli krevende å gjennomføre, men mener at det nå kan være nødvendig å innføre minimumsnormer både av hensyn til pasienter/brukere og ansatte, dersom mindre inngripende tiltak ikke strekker til. Innføring av en slik norm må fullfinansieres.

Helsesektoren er en 24/7 tjeneste som medfører betydelig helge og helligdagsarbeid, og ubekvem arbeidstid som mange sektorer er uten. Det må sikres balanse i den belastningen dette påfører arbeidstakeren (for eksempel nattarbeid) gjennom arbeidstidsregulering og godtgjørelse. En for lav godtgjørelse av ubekvemt arbeid kan

forsterke flyt av kompetent helsepersonell til privat sektor som ikke nødvendigvis utfører samfunnsmessig prioriterte helsetjenesteoppgaver, samt til andre yrker.

#### Utdanning og kompetanseutvikling

Oslo kommune støtter forslaget til krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging for arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren. Prinsippet om og tiltak knyttet til, livslang læring, støttes.

Med hensyn til utdanning og kompetanseutvikling vil Oslo kommune peke på at det i Oslo står ca. 45 000 innbyggere utenfor utdanning- og arbeidsliv. For økt tilgang på helsepersonell med kortere utdanning kan det være koblinger mellom behovet for helsepersonell og kommunens arbeids- og kompetansefelt.

Det er behov for at flere oppgaver gjøres forsvarlig av personell med lavere formell kompetanse, og det må sikres kompetanseutvikling for alle grupper.

Helsefagarbeideren som ressurs vil bli enda viktigere i tiden fremover, og styrking av helsefagarbeiderens grunnleggende kompetanse er et nødvendig tiltak. Fleksibilitet i utdanningen og lønn under utdanning kan være aktuelle tiltak. Det er også viktig å se nærmere på yrkesprofesjoner som tradisjonelt ikke har vært i den kommunale helsetjenesten, som farmasøyter, apotekteknikere, helsesekretærer, tannpleier, logoped m.m.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester vil være preget av økt andel mennesker med innvandrerbakgrunn, både blant pasienter og ansatte. Dette gjelder spesielt for Oslo kommune hvor ca. 33,7 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon). Det er nødvendig med fokus på mangfold og inkludering. Det er relevant med kunnskap om hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorikk og kulturelt betingende handlingsvalg samt om forståelse av helsebegrepet. Dette må gjenspeiles i de ulike helseprofesjonenes utdanninger. Språkopplæring, både i norsk og i fagspråk, er viktig. I Oslo kommune har 51 % av medarbeiderne i helse- og omsorgstjenestene innvandrerbakgrunn.

#### Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester

Overbehandling er et sentralt felt som også diskuteres av kommisjonen, og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet.

Det er riktig at tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, men behovet for helsetjenester vil ikke bli borte ved at man reduserer tilgjengeligheten til offentlige helsetjenester. I stedet vil det da skapes et større privat marked for helsetjenester. Private aktører, med stort behov for kvalifisert personell vil etablere seg dersom det er et stort marked for dette. Disse private aktørene vil konkurrere både med kommunen og spesialisthelsetjenestene om arbeidskraften. Det offentlige må demme opp for en slik utvikling ved fortsatt å tilby gode offentlige helsetjenester. I motsatt fall vil rekruttering til offentlige helse- og omsorgstjenester bli ytterligere utfordret fremover.

Overbehandling er et problem i land der det private helsetjenester benyttes i større grad enn i Norge. Økt tilgang til private helsetjenester kan føre til at mer ressurser benyttes av dem som kan betale for tjenester, slik at det er økonomi snarere enn behov som blir avgjørende.

Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir allerede systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Oslo kommune mener at kommisjonens overordnede fremstilling av manglende søkelys på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene er feil. Det er en sterk prioriteringstradisjon i norsk helsetjeneste og overbehandling er et langt mindre problem i Norge enn i en rekke andre land. Trolig nettopp fordi helsetjenestene har vært offentlig finansiert av fellesskapets midler. Derimot er behandlingstilbudet for svakt på flere området. Det gjelder i særlig grad for eldre pasienter og pasienter med psykiske lidelser.

Det har kommet politiske signaler på nasjonalt nivå om at innbyggere må ta mer ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom. For eksempel ved å flytte til tilrettelagte boliger hvor det er enklere for kommunen å tilby gode nok tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Det er viktig å se på boligpolitiske virkemidler i den sammenheng.

Det må tillegges at det i liten grad er mulig å planlegge for alvorlig sykdom. Planlegging for egen alderdom har innbyggerne hovedsakelig muligheten til å gjøre ved å planlegge for det relativt friske delen av alderdommen.

#### Digitalisering og teknologisk utvikling

Det er viktig at digital teknologi og data ses som et av flere verktøy og virkemidler for å kunne muliggjøre kommisjonens tiltaksområder.

Sømløs flyt av informasjon i tjenestene og velferdsteknologi har i mange år vært tema for å effektivisere helse- og omsorgstjenesten. De er viktig at den fremtidige innsatsen på områdene, både fortsetter og forsterkes. Økt fokus på å skape, på å tilgjengeliggjøre, og på utnyttelse av data, vil over tid kunne bidra til bedre folkehelse og forebygging av sykdommer, dersom det utnyttes godt. Etisk og forsvarlig utnyttelse av digital teknologi vil være et viktig innsatsområde generelt, men spesielt innen helse- og omsorgstjenester og spesielt der vi ønsker å utnytte kunstig intelligens. En helhetlig tilnærming til og bruk av data for både forsknings- og analyseformål, kan bidra til økt kunnskap og raskere utvikling av tjenestene.

Økt utnyttelse av digital teknologi og data i tjenestene, kan bidra til å skape tryggere forhold hos pårørende, spesielt eldre, men det vil kreve at det finnes gode muligheter for at mennesker kan hjelpe hverandre i større grad enn hva det digitale tillater i dag. Det er behov for økt brukerorientering, der forvaltningsnivåenes betydning er mindre synlig for innbyggerne. En økt satsing på informasjon, dialog og selvbetjening gjennom helsenorge.no, vil bidra til dette.

Teknologisk utvikling vil kunne effektivisere og gi mer pasientsikre helsetjenester. Pasientens legemiddelliste er et eksempel på utvikling som pågår, men som tar svært lang tid i utvikling og implementering. E-helsearbeidet må effektiviseres. Det var flere eksempler på rask utvikling under pandemien. Her er det endringsmuligheter.

Det er behov for et regelverk som sørger for at vi har tilstrekkelig fleksibilitet til å løse dagens og morgendagens utfordringer. Det handler hovedsakelig om to ting, utforming og fortolkning.

I dag er det ikke behovet, men de tekniske løsningene og innholdselementer som reguleres. Lov- og forskriftsutvikling vil ikke kunne holde tritt med teknologisk utvikling. Nettopp derfor bør ikke juridiske forarbeider inneholde vurderinger av teknisk løsning. Hver enkelt virksomhet må selv tolke regelverket. Dette krever alle virksomheter har nødvendig kompetanse og foregår ofte i egne fagavdelinger for langt unna tjenesten og relevante fagmiljøer. Når så to eller flere virksomheter skal samhandle, gjør ulik fortolkning at det blir svært tidkrevende og dyrt å jobbe frem en lik fortolkning av regelverket. Det fungerer ikke godt nok i dag, og det blir vanskeligere i fremtiden med enda større utfordringer. Sentrale myndigheter må nå erkjenne at dagens helselovgivning og metodikk for videreutvikling av denne hemmer oss i å nå målbildet i «En innbygger en journal». Risikoen er at helsevesenet blir mer og mer akterutseilt i den teknologiske utviklingen.

Det er også behov for at IKT-satsninger finansieres med en forutsigbar ramme, slik at det ikke må søkes om tilskudd år for år. Anskaffelser av IKT systemer må skje i tett samarbeid med tjenestene slik at sluttbrukers behov blir ivaretatt, og ikke ta så lang tid at nye og bedre systemer har kommet til i mellomtiden.

Undersøkelser fra USA der det helse- og omsorgstjenestene i større grad er digitaliserte enn i Norge, viser at bedre IKT-løsninger ikke reduserer behovet for helsepersonell, men kan øke kvaliteten på tjenesten.

Tekniske løsninger kan ikke erstatte menneskelig kontakt. Digitalisering er noe som skal komme som et kvalitetshevende tiltak i tillegg til omsorgsfull behandling.

Samtidig må det stilles krav om at teknologimiljøene utvikler mer brukervennlige digitale løsninger. Å drive denne utviklingen krever mye av kommunen og gjøres i et spenn mellom tjenesteutøvelse, lovverk, tekniske føringer og utforskning av befolkningens og tjenestenes behov. Oslo kommune støtter vurderingene om at det er behov for å utvikle nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Digital kompetanse vil være nødvendig for å lykkes med kvalitetshevende velferdsteknologi. Kunnskap om digitale løsninger må inn i grunnutdanningene. Helsepersonell må være svært bevisste på at ikke alle brukere/pasienter nødvendigvis vil være digitale og det må alltid finnes gode alternativer for brukere som ikke behersker eller har tilgang til teknologien.

Oslo kommunes forslag for å rekruttere og beholde helsepersonell

Oslo kommune står overfor store utfordringer i når det gjelder å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i årene fremover. Kommunen får overført stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og mottar langt sykere pasienter enn tidligere. Oslo bystyre mener dette er en uakseptabel utvikling. Dette betyr at både kommunehelsetjenesten og sykehusene i byen må rustes opp for å møte den økende andelen eldre i befolkningen. Behovet for mer kvalifisert helsepersonell er stort. Det er derfor uheldig at helsepersonellkommisjonen ikke har svart på oppdraget men kanskje heller har skremt unge fra å søke seg til yrkene med utsagn om at hver ansatt må forberede seg på å behandle enda flere pasienter i fremtiden.

Oslo kommune har derfor følgende forslag til hvordan stat og kommune kan rekruttere og beholde helsepersonell.

1. Sørge for tilstrekkelig kapasitet i den offentlige helsetjenesten til å hindre etablering av et stort privat marked. Den offentlige helsetjenesten har behov for økt finansiering. Det er ikke mulig å effektivisere bort det økende behovet. Ytterligere todeling av helsevesenet i Norge vil sannsynligvis føre til økt overbehandling for enkelte som har råd til å betale og økt behov for helsepersonell, ikke det motsatte
2. Økt lønn til ansatte i det offentlige helsevesenet
3. Sørge for forsvarlige arbeidstidsordninger
4. Vektlegging av et godt arbeidsmiljø  
God tilrettelegging av det fysiske miljøet med hensiktsmessige lokaler og pauserom, tilrettelegging av det psykososiale miljøet, større grad autonomi og tillit, mulighet for faglig fordypning og utvikling og akseptabel arbeidsbelastning
5. Gjeninnføring av støttepersonell
6. Økt utdanningskapasitet i alle helseutdanningene
7. Økt grunnbemanning for å hindre slitasje på de ansatte og høy grad av innleie
8. Lokal ledelse ved sykehusene
9. Større vektlegging av det helsefaglige og fokus på pasientsikkerhet og mindre vekt på økonomi og jus i helsetjenestene
10. Sørge for at deltidsansatte som ønsker det, får tilbud om heltid
11. Opprette flere stillinger for helsefagarbeider både i kommunen og på sykehusene

*Tilleggsforslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R):*

3.  
Etter først avsnitt - tillegg



## Innledende betraktninger

Etter Oslo kommunes syn unnlater kommisjonen å svare på dette sentrale spørsmålet. Det har trolig sammenheng med kommisjonens hovedkonklusjon, som gjentas gjennomgående i rapporten, og som kommisjonens leder har fremhevet under presentasjonene av rapporten; at en fortsatt økt personellvekst i helse- og omsorgstjenestene ikke er bærekraftig av hensyn til behov knyttet til øvrige samfunnsoppgaver. Oslo kommune mener at denne påstanden er dårlig fundamentert og at den kommer i veien for reelle løsningsforslag i rapporten. Kommunen viser til at 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. Oslo kommune deler denne vurderingen.

Kommisjonen tilråder færre ansatte per pasient i fremtiden og begrunner dette med at arbeidskraft vil være en begrenset ressurs fremover. I rapporten vises det videre til 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.

Her går kommisjonen langt i å gi vurderinger av hvor arbeidskraften vil ha størst verdi for samfunnet. Kommisjonen redegjør for sitt syn ved å vise at andelen ansatte innen helse- og omsorgssektoren har økt gjennom flere tiår og anser denne økningen som bekymringsfull. Oslo kommune mener at dette ikke uten videre gir noe grunnlag for bekymring, tvert imot. Utviklingen av bedre behandling, som omfatter flere sykdommer og pasienter og muligheten til å levere behandling og omsorg til befolkningen har ført til økt levealder og bedre livskvalitet for befolkningen. Dette er et stort gode for samfunnet vårt og en betydelig verdiskapning.

Også i fremtiden må arbeidskraften vår benyttes der den bidrar til størst verdiskapning. Oslo kommune støtter derfor ikke hovedkonklusjonen i rapporten.

I rapporten grunnsyn ligger en fundamental misforståelse til grunn. Det er ikke slik at offentlige velferdstjenester er netto forbruk av ressurser og det eller heller ikke noe prinsipielt skille mellom verdiskapning i offentlig eller privat sektor. Det skjer stor verdiskapning både i offentlig og privat sektor. Etter kommisjonens logikk vil et røntgenbilde tatt på en privat klinikk være et netto bidrag, mens et røntgenbilde tatt på et offentlig sykehus representerer forbruk. På et overordnet plan presenterer kommisjonen overraskende svake samfunnsøkonomiske analyser.

Rapporten er svak når det gjelder de overordnede samfunnsøkonomiske betraktningene og hovedkonklusjonen mangler begrunnelse i rapporten. Rapporten er ujevn, for i mange av delkapitlene gis det gode og nyanserte fremstillinger. Mange utfordringer beskrives godt, men tiltakene som foreslås er ofte upresise, mens fremstillingen i sammendraget er gjennomgående mindre nyansert og i større grad misvisende enn grunnlaget som er formulert i rapportens hoveddel.

På et overordnet plan mener Oslo kommune at rapporten ikke svarer ut de utfordringene kommunen har fremover med å rekruttere kvalifisert helsepersonell. Det er beklagelig, fordi kommunen står ovenfor en formidabel oppgave i de kommende tiårene.

Oslo kommune ønsker seg en ny utredning som svarer bedre på oppdraget som var: å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene fremover 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.

5.

Etter dette avsnittet:

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Følgende tillegg:

Spesialisthelsetjenesten krever mye helsepersonell. Dersom Oslo kommune skal få tilstrekkelig tilgang til helsepersonell i og med at kommunen konkurrerer om det samme arbeidskraften i enda større grad enn utover i landet, er det viktig at sykehusene i hovedstaden benytter helsepersonellet effektivt. Kommunen har større utfordringer med å rekruttere enn sykehusene har.

De siste årene har det å bygge såkalte «arealeffektive sykehus» vært normen. Det er også slike sykehus Oslo universitetssykehus nå planlegger å bygge i Oslo. Oslo kommune har ved en rekke anledninger uttrykt sterk bekymring knyttet både til kapasitet og effektivitet i byggene som planlegges. Helsepersonellkomisjonens rapport understreker at den knappeste ressursen er personell. Personell er også den mest kostbare ressursen i helsetjenesten, og det vil den trolig alltid fortsette å være. Trange sykehusbygg har vist seg å føre til lavere produktivitet og svekket arbeidsmiljø. Dette er grundig dokumentert. Oslo kommune mener at kommisjonen burde tatt til orde for et skifte når det gjelder tankesett knytte til utforming av arealer. Gode arbeidsforhold er viktig både for arbeidsmiljø og effektivitet. Oslo kommune vil understreke viktigheten av at sykehusene i byen dimensjoneres med store nok akuttmottak, tilstrekkelig sengekapasitet, ikke minst til lokalsykehusfunksjoner for Oslos innbyggere, mange nok rom for poliklinisk behandling, tilstrekkelig med operasjonsstuer og så videre. En god arbeidsflyt må kunne opprettholdes også i perioder med ekstra utfordringer.

Oslo kommune er svært bekymret for sykehusplanene til Oslo universitetssykehus som vil påføre kommunen omfattende ekstra oppgaver i en periode der kommunens helsetjenester er under stort press. Oslo kommune har ved flere anledninger, senest i sitt høringsinnspill til regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst RHF, gitt uttrykk for at

den storstilte satsingen på såkalte hjemmesykehus som en del av Oslo Universitetssykehus ikke er et grep kommunen stiller seg positivt til. Oslo Universitetssykehus beskriver at de har som mål at OUS Hjemme skal bli sykehuset største avdeling og at målet er at 30 prosent av all behandling skal foregå i pasientenes hjem. Oslo kommune har i liten grad vært delaktig i denne planen og har liten oversikt over hvordan dette er tenkt gjennomført. Det er ingen ting som tyder på at en slik desentralisering vil kunne føre til redusert behov for helsepersonell, snarere tvert imot. Store nok bygg derimot vil kunne redusere behovet for helsepersonell.

### *Tilleggsforslag fra Morten G. Edvardsen (Sp) og Maren Rismyhr (R) - Forslag til konkrete tiltak*

8.

Etter siste avsnitt:

Oslo kommunes forslag for å rekruttere og beholde helsepersonell

Oslo kommune står overfor store utfordringer i når det gjelder å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i årene fremover. Kommunen får overført stadig flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten og mottar langt sykere pasienter enn tidligere. Oslo bystyre mener dette er en uakseptabel utvikling. Dette betyr at både kommunehelsetjenesten og sykehusene i byen må rustes opp for å møte den økende andelen eldre i befolkningen. Behovet for mer kvalifisert helsepersonell er stort. Det er derfor uheldig at helsepersonellkommisjonen ikke har svart på oppdraget men kanskje heller har skremt unge fra å søke seg til yrkene med utsagn om at hver ansatt må forberede seg på å behandle enda flere pasienter i fremtiden.

Oslo kommune har derfor følgende forslag til hvordan stat og kommune kan rekruttere og beholde helsepersonell.

1. Sørge for tilstrekkelig kapasitet i den offentlige helsetjenesten til å hindre etablering av et stort privat marked. Den offentlige helsetjenesten har behov for økt finansiering. Det er ikke mulig å effektivisere bort det økende behovet. Ytterligere todeling av helsevesenet i Norge vil sannsynligvis føre til økt overbehandling for enkelte som har råd til å betale og økt behov for helsepersonell, ikke det motsatte
2. Økt lønn til ansatte i det offentlige helsevesenet
3. Sørge for forsvarlige arbeidstidsordninger
4. Vektlegging av et godt arbeidsmiljø God tilrettelegging av det fysiske miljøet med hensiktsmessige lokaler og pauserom, tilrettelegging av det psykososiale miljøet, større grad autonomi og tillit, mulighet for faglig fordypning og utvikling og akseptabel arbeidsbelastning
5. Gjeninnføring av støttepersonell
6. Økt utdanningskapasitet i alle helseutdanningene

7. Økt grunnbemanning for å hindre slitasje på de ansatte og høy grad av innleie
8. Lokal ledelse ved sykehusene
9. Større vektlegging av det helsefaglige og fokus på pasientsikkerhet og mindre vekt på økonomi og jus i helsetjenestene
10. Sørge for at deltidsansatte som ønsker det, får tilbud om heltid
11. Opprette flere stillinger for helsefagarbeider både i kommunen og på sykehusenes siste avsnitt

### **Votering:**

R og Sps endringsforslag punkt 2, 4, 6, og 7 fikk 3 stemmer (R, FP og Sp)  
R og Sps alternative forslag punkt 1 fikk 3 stemmer (R, FP og Sp)  
R og Sps tilleggsforslag punkt 3, 5 og 8 fikk 3 stemmer (R, FP og Sp)  
Byrådets innstilling ble ikke tatt opp til votering

---

### **Byrådets innstilling:**

Oslo kommune avgir følgende høringsuttalelse til NOU 2023: 4 Tid for handling.  
Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste:

Helsepersonellkomisjonens NOU er et godt kunnskapsgrunnlag som beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, samt peker på mulighetsrommet for å få en tilfredsstillende helsetjeneste for befolkningen i fremtiden. Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet.

Et sentralt prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren er at nye oppgaver eller regelendringer som gir kommunesektoren økte kostnader, skal fullt ut kompenseres. Nye reformer skal finansieres fullt ut. Flere av kommisjonens forslag vil medføre økt behov for tilskudd til kommunesektoren.

### **Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene**

Noen bydeler mener det kan være interessant å utforske nærmere kommisjonens flertall om å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag. Det er med tanke på at en eventuell samling av et felles forvaltningsnivå kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Oslo kommune ser med interesse på forslaget om en gjennomgang av dagens forvaltningsnivå, med utgangspunkt i intensjonene med Samhandlingsreformen. En slik

gjennomgang må ta hensyn til Oslo kommune sin særegne stilling som primærkommune og fylkeskommune og som opptaksområde for fire ulike sykehus. En forvaltningsmodell som passer for mange av landets små distriktskommuner vil kunne slå uheldig ut for Oslo.

Samtidig vil Oslo kommune påpeke mulige konsekvenser av å foreslå så omfattende endringer i organiseringen av helse- og omsorgstjenesteneivåene. Oslo kommune frykter at en slik diskusjon kan føre til en avsporing fra de virkelig store oppgavene tjenestene samlet står overfor.

Kommunene tilbyr tjenester nærmest befolkningen og har størst erfaring i å utnytte tilgjengelige ressurser på mest effektive måte innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Et vesentlig skifte i samhandling bør være en overgang fra å finne frem til laveste effektive omsorgsnivå, til å utforme den mest effektive behandlingen og tjenesten, uavhengig av omsorgsnivå. Effektivitet kan ikke bare vurderes etter resultat for pasienten, men også ut fra samlet ressursbruk både når det gjelder bruk av ulike grupper kompetent helsepersonell og kostnad. En slik endring må støttes av en tydelig og konkret nasjonal prioriteringsveileder også på kommunalt nivå. Det kan være behov for å vurdere mer fleksibel finansiering for nettopp å fremme at behandling gis på rett nivå. Her kan det gjøres forsøk med refusjonsbasert finansiering av flere helsepersonellgrupper i den kommunale helsetjenesten, etter modell fra primærhelseteam i fastlegeordningen, men ikke nødvendigvis kun begrenset til fastlegekontorene.

Oslo kommune støtter forslaget om å iverksette et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme riktig organisering av arbeidsprosesser og oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene.

### **Oppgavedeling**

En viktig suksessfaktor når oppgaver flyttes fra én yrkesgruppe til en annen, er at mottakerne av de nye oppgavene har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å oppleve trygghet og faglighet i utøvelsen av dem. Kravet om faglig forsvarlighet er absolutt og setter rammene for mulighetsrommet i oppgavedeling. Oppgavedeling med mål om å avlaste faglært helsepersonell og skape nye arbeidsplasser til personer som tradisjonelt sliter med å få seg jobb kan også være et viktig tiltak i rekrutteringsordninger for personer med nedsatt funksjonsevne. Oslo kommune bemerker at man må være oppmerksom på at det kan være motsetninger mellom oppgavedeling og kontinuitet for brukeren. Hvis man deler oppgavene på flere ulike aktører vil dette kunne medføre at brukeren får flere ansatte å forholde seg til.

Det blir nødvendig å dele kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Oslo kommune støtter kommisjonens forslag om at det arbeides videre med anbefalingen om kombinerte arbeidssteder, «hus» og «hytte». Kommunen vurderer imidlertid at en slik løsning bør skje innenfor rammene av det arbeidsforholdet som er inngått, slik at man unngår ytterligere økning av deltidsstillinger i helse- og omsorgssektoren. Derfor bør forslaget om kombinerte arbeidssteder knyttes til kommisjonens forslag om en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene.

Som Norges hovedstad, og sentrum i et arbeidsmarked som preges av konkurranse om arbeidskraften, er Oslo kommune særlig opptatt av å rekruttere, beholde og videreutvikle ansatte for å sikre at innbyggerne får riktig helsehjelp når de trenger det. I Oslo er det fire sykehus og mange nærliggende kommuner som samlet ligger i et relativt begrenset geografisk område. Dette kan medvirke til konkurranse om arbeidskraften i hovedstadsregionen. Samfunnet er tjent med at kommune og helseforetak ikke overbyr hverandre når det gjelder lønn og arbeidsvilkår, men søker å samarbeide om dette.

Ifølge sykepleierindeksen (utviklet av Eiendom Norge og Eiendomsverdi) for 2022 vil en sykepleier kun kunne kjøpe 1,2 av 100 boliger i Oslo. Til sammenligning vil en sykepleier kunne kjøpe 14,2 av 100 boliger i Drammen og 27,4 av 100 boliger i Fredrikstad/ Sarpsborg. Sykepleieryrket er egnet som eksempel fordi inntekten representerer en typisk norsk inntekt. Liten mulighet til å kjøpe leilighet kan påvirke rekruttering til Oslo kommunes helse- og omsorgstjenester negativt.

Kommisjonen trekker frem som et viktig poeng at samfunnet som helhet må dele ressursene. Det vil ikke lenger være samme mulighet til å øke sysselsettingen innenfor helse- og omsorgssektoren slik det har vært gjort over flere år. Oslo kommune vil også understreke at Norge har et internasjonalt ansvar. Norge har forpliktet seg til å følge WHO's kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, og skal ikke aktivt rekruttere personell fra land som selv har stor mangel på dette. En slik rekruttering vil redusere tilgangen til helse- og omsorgstjenester i de aktuelle landene og ytterligere øke ulikheter mellom rike og fattige. Dersom man likevel i fremtiden vurderer å rekruttere helsepersonell fra for eksempel mellominntektsland, bør dette gjøres gjennom et forpliktende gjensidig samarbeid med helsemyndigheter som også gagnar helsesystemet i det landet.

Oslo kommune er skeptisk til ytterligere oppgavedeling fra helsepersonell til pasienter, brukere og pårørende. Oslo har utarbeidet en egen standard for pårørendesamarbeid.

Oppgavedeling må støttes av tydelig beskrivelse av ansvar og avgrensning av ansvar. Rettighetslovgivningen sett sammen med en kommunal helse- og omsorgstjenestelov som lister tjenester uten avgrensning, kan tendere til å skyve ansvar til helsesektoren selv der oppgaven kan løses av andre. Oppgavedeling må også sikre at dubling av tjenesteutøvelse unngås. Behandling bør fortrinnsvis gis uten at flere nivåer av helsepersonell involveres. Dette kan utfordre koordinering og ikke minst «portvokterrollen» til fastlegetjenesten. Det bør vurderes hvilke spesialisthelsetjenester som kan gis uten at pasienten må konsultere fastlege der dette ikke gir vesentlig tilleggsgevinst, det forutsetter at prioriteringsretningslinjer kan opprettholdes. På samme måte som det utprøves digital triage til fastlege, kan det også utprøves digital triage til spesialisthelsetjeneste. Triage er en vurdering og prioritering av pasienter ut fra hvor raskt pasienten må behandles. Digital triage kan også nyttes til å begrense dobbeltarbeid mellom de ulike delene av kommunal helsetjeneste, for eksempel mellom legevakt og fastlege. En forutsetning her er at de ulike helsetjenestenivåene har tilgang til nødvendig journalopplysninger.

Kommisjonen trekker frem at det er viktig å styrke generalistkompetansen, men Oslo kommune vil understreke at det også er nødvendig å styrke spesialistkompetansen i kommunehelsetjenesten. Det er mange år siden samhandlingsreformen kom, og tjenestene har utviklet seg siden. Virksomhetene i kommunen opplever sykere pasienter – og det er behov for spesialisert kompetanse både i hjemmetjenesten og ved korttidsopphold i sykehjem. Dette blir også viktig dersom sykehuset skal bli mer utadventt med økt bruk av hjemmet som behandlingsarena. Når kommunene overtar oppgaver og ansvar som tidligere lå i spesialisthelsetjenesten, er det nødvendig å endre fordeling av ressurser og kompetanse mellom forvaltningsnivåene tilsvarende.

### **Arbeidsforhold og arbeidstid**

Oslo kommune vil fremheve kommisjonens vurderinger av at arbeidsglede, fysisk og psykisk trygghet i arbeidet og godt kollegialt miljø er viktige elementer i å rekruttere og beholde arbeidstakere i helse- og omsorgssektoren. Oslo kommune støtter forslaget om å sette av statlige forsøksmidler til utvikling av arbeidstidsmodeller som er mer i samsvar med behovene og som bidrar til å fremme gode arbeidsprosesser, riktig oppgavedeling og et godt arbeidsmiljø.

Helsepersonellkommisjonen har ikke hatt som mandat å diskutere frontfagsmodellen. Kommisjonen peker likevel på at det er et handlingsrom til særskilte lønnstillegg, mulige endringer i arbeidsbetingelser og arbeidsgiver-initierte tiltak som kan iverksettes for å rekruttere personell til helse- og sosialsektoren. Oslo kommune vil understreke at tiltak som iverksettes ikke bør utfordre frontfagsmodellen. Selv om helse- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer, må disse løses innen rammene som følger av frontfagsmodellen, for å sikre et forsvarlig kostnadsnivå for lønnsveksten samlet i samfunnet.

Kommisjonen er delt når det gjelder temaet om behov for endringer i bestemmelsene om gjennomsnittsberegning av arbeidstid. Oslo kommune er enig i den konklusjon flertallet har landet på, ved å oppfordre partene til å ta inn bestemmelser om gjennomsnittsberegning av arbeidstiden i sentrale tariffavtaler. En slik løsning legger opp til at tariffpartene tar et felles ansvar for rammeverket for gjennomsnittsberegning av arbeidstiden og avtaler premissene for gjennomsnittsberegning. De konkrete arbeidsplanene i den enkelte virksomhet skal fortsatt utarbeides i samarbeid med og drøftes med arbeidstakernes tillitsvalgte. En slik endring vil gi arbeidsgiver et noe større handlingsrom til å etablere arbeidstidsordninger som er egnet til å ivareta de arbeidsoppgavene som skal løses i virksomheten, men fortsatt slik at arbeidsmiljølovens krav om samarbeid mellom partene om forsvarlige arbeidstidsordninger ivaretas.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurderinger av behovet for en økt innsats mot sykefravær, og tilrettelegging slik at faktisk avgangsalder for helsepersonell øker. Kommisjonen viser til det partssammensatte arbeidet i regi av Arbeids- og inkluderingsdepartementet for å se på særaldersgrenser i tilpasning til det reviderte pensjonssystemet. Det blir nødvendig å løse ut aktuelle arbeidsreserver som finnes, for eksempel ved god livsfasepolitikk. Har vi plass til pensjonister som ønsker å jobbe

frivilling – eller kommer de i konflikt med stillingsvernet for ansatte? Her må det også sees på forutsetningene for at pensjonister kan jobbe.

Oslo kommune støtter kommisjonens vurdering av at det arbeides for å bedre arbeidsforholdene for å muliggjøre heltidsarbeid. Det er en stor og ubenyttet arbeidskrafts-reserve hos fagutdannede som av ulike årsaker arbeider redusert. Oslo kommune anerkjenner at det er selve arbeidstidsordningen som gir grunnlag for lavere alminnelig arbeidstid enn arbeidsmiljølovens utgangspunkt (40 timer per uke) for arbeidstakere i turnus. Erfaring og forskning viser at heltid gir bedre kvalitet i tjenestene, er bedre for den enkelte, gir enklere personaloppfølging og et bedre arbeidsmiljø. Deltidsarbeid er svært utbredt i helse- og omsorgssektoren og det er mange gode grunner til å fortsette arbeidet med å få flere ansatte på heltid. Det er den siste tiden blitt gjort en rekke tiltak i lov og avtaleverk som skal sikre ansatte muligheter til full stilling. Oslo kommune mener at deltidsproblematikken i større grad bør ses i lys av brukernes situasjon og behov og det å kunne gi et verdig omsorgstilbud. Med større fokus på dette som bakgrunn bør det vurderes ytterligere tiltak i lov- og avtaleverk for å redusere bruken av deltid.

Oslo kommuner vil påpeke at det også er virkemidler innenfor dagens rammeverk som kan benyttes i større grad. Mange ansatte ønsker å ha en viss fleksibilitet i sin arbeidshverdag. Det bør stimuleres til- og legges til rette for større bruk av arbeidstidsordninger der deler av stillingen har fastlagt tid og deler har fleksibel tid. Den fleksible tiden gir den ansatte frihet.

En eventuell økning av ulike former for nasjonale bemanningsnormer og/eller økte rettigheter for brukere av tjenestene vil kunne være til hinder for en effektiv ressursbruk og handlingsrom for å finne gode løsninger lokalt. Oslo kommune vil bemerke at bemanningsnormer også kan være til hinder for målet om flere heltidsansatte i sektoren. Det er f.eks. viktig at både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden tenker nytt og står sammen om nye, fleksible arbeidstidsordninger. Dette kan bidra til å få deltidsansatte, som i dag frivillig benytter ekstravakter for å fylle opp stillingen, inn i hele faste stillinger. Statlige bemanningsnormer kan tenkes begrense denne handlefriheten. Oslo vil derfor, på generelt grunnlag, fraråde innføring av tiltak som har slike elementer i seg.

Helsesektoren er en 24/7 tjeneste som medfører betydelig helge og helligdagsarbeid, og ubekvem arbeidstid som mange sektorer er uten. Det må sikres balanse i den belastningen dette påfører arbeidstakeren (for eksempel nattarbeid) gjennom arbeidstidsregulering og godtgjørelse. En for lav godtgjørelse av ubekvemt arbeid kan forsterke flyt av kompetent helsepersonell til privat sektor som ikke nødvendigvis utfører samfunnsmessig prioriterte helsetjenesteoppgaver, samt til andre yrker.

### **Utdanning og kompetanseutvikling**

Oslo kommune støtter forslaget til krav om strategisk kompetansekartlegging og kompetanseplanlegging for arbeidsgivere i helse- og omsorgssektoren. Prinsippet om og tiltak knyttet til, livslang læring, støttes.



Med hensyn til utdanning og kompetanseutvikling vil Oslo kommune peke på at det i Oslo står ca. 45 000 innbyggere utenfor utdanning- og arbeidsliv. For økt tilgang på helsepersonell med kortere utdanning kan det være koplinger mellom behovet for helsepersonell og kommunens arbeids- og kompetansefelt.

Det er behov for at flere oppgaver gjøres forsvarlig av personell med lavere formell kompetanse, og det må sikres kompetanseutvikling for alle grupper.

Helsefagarbeideren som ressurs vil bli enda viktigere i tiden fremover, og styrking av helsefagarbeiderens grunnleggende kompetanse er et nødvendig tiltak. Flexibilitet i utdanningen og lønn under utdanning kan være aktuelle tiltak. Det er også viktig å se nærmere på yrkesprofesjoner som tradisjonelt ikke har vært i den kommunale helsetjenesten, som farmasøyter, apotekteknikere, helsesekretærer, tannpleier, logopeder m.m.

Fremtidens kommunale helse- og omsorgstjenester vil være preget av økt andel mennesker med innvandrerbakgrunn, både blant pasienter og ansatte. Dette gjelder spesielt for Oslo kommune hvor ca. 33,7 prosent av innbyggerne har innvandrerbakgrunn (SSBs definisjon). Det er nødvendig med fokus på mangfold og inkludering. Det er relevant med kunnskap om hvordan helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse påvirkes av etnisk bakgrunn, innvandringshistorikk og kulturelt betingende handlingsvalg samt om forståelse av helsebegrepet. Dette må gjenspeiles i de ulike helseprofesjonenes utdanninger. Språkopplæring, både i norsk og i fagspråk, er viktig. I Oslo kommune har 51 % av medarbeiderne i helse- og omsorgstjenestene innvandrerbakgrunn.

Utredningen sier ikke noe om mulighetene for å redusere behov for helsetjenester. Det finnes kunnskap om hvordan sykdomsbyrden kan reduseres betydelig, og det er viktig at ansatte i helse- og omsorgstjenestene har kompetanse på disse områdene. Det gjelder blant annet innen kost og ernæring, men også tilstrekkelig fysisk aktivitet og sosial kontakt i dagliglivet. Dette krever innsats fra alle andre sektorer i samfunnet foruten helsesektoren. For å bidra til at kommunens helse- og omsorgstjenester skal bli bærekraftige i tiden fremover er det viktig at innbyggerne har god helsekompetanse slik at de kan forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å treffe beslutninger relatert til egen helse. Frivillige og ideelle aktører kan vurderes å få større oppgaver i dette arbeidet.

### **Prioritering og reduksjon av mindre viktige og til dels uønskede tjenester**

Oslo kommune mener det er viktig at kommisjonen trekker frem at vi må stå sammen i prioriteringer og valg, slik at innbyggernes forventninger kan sammenfalle med tilbudet i våre helse- og omsorgstjenester. Ansatte i førstelinjen må oppleve støtte i dette fra de som bestemmer. Dette er et ledelsesmessig og politisk ansvar. Politikerne bør også være varsomme med å vedta nye reformer hvor ikke behovet for bemanning og ressursbruk er tilstrekkelig vurdert.

Overbehandling er et sentralt felt, og det kan gjelde alt fra kirurgi og medikamentell behandling, til utredning, laboratorieprøver og billeddiagnostikk. Behandlingsavklaring er sentral når det gjelder spørsmålet. Det er interessante

regionale forskjeller i bruk av sykehustjenester blant de mest skrøpelige pasientene. Tilgjengelighet kan forsterke overbehandling, det sammen kan tilgangen til private helsetjenester. Et dilemma med private helsetjenester er at pasienter kan kjøpe seg inn til offentlig helsetjenester ved å betale selv for en fremskyndet undersøkelse. Dette gir systematiske skjevheter i helsetjenestetilbud og bruk av disse sett mot de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Det har kommet politiske signaler på nasjonalt nivå om at innbyggere må ta mer ansvar for å tilrettelegge for egen alderdom. For eksempel ved å flytte til tilrettelagte boliger hvor det er enklere for kommunen å tilby gode nok tjenester til personer med omfattende hjelpebehov. Det er viktig å se på boligpolitiske virkemidler i den sammenheng.

### **Digitalisering og teknologisk utvikling**

Det er viktig at digital teknologi og data ses som et av flere verktøy og virkemidler for å kunne muliggjøre kommisjonens tiltaksområder.

Sømløs flyt av informasjon i tjenestene og velferdsteknologi har i mange år vært tema for å effektivisere helse- og omsorgstjenesten. De er viktig at den fremtidige innsatsen på områdene, både fortsetter og forsterkes. Økt fokus på å skape, på å tilgjengeliggjøre, og på utnyttelse av data, vil over tid kunne bidra til bedre folkehelse og forebygging av sykdommer, dersom det utnyttes godt. Etisk og forsvarlig utnyttelse av digital teknologi vil være et viktig innsatsområde generelt, men spesielt innen helse- og omsorgstjenester og spesielt der vi ønsker å utnytte kunstig intelligens. En helhetlig tilnærming til og bruk av data for både forsknings- og analyseformål, kan bidra til økt kunnskap og raskere utvikling av tjenestene.

Økt utnyttelse av digital teknologi og data i tjenestene, kan bidra til å skape tryggere forhold hos pårørende, spesielt eldre, men det vil kreve at det finnes gode muligheter for at mennesker kan hjelpe hverandre i større grad enn hva det digitale tillater i dag. Det er behov for økt brukerorientering, der forvaltningsnivåenes betydning er mindre synlig for innbyggerne. En økt satsing på informasjon, dialog og selvbetjening gjennom helsenorge.no, vil bidra til dette.

Teknologisk utvikling vil kunne effektivisere og gi mer pasientsikre helsetjenester. Pasientens legemiddelliste er et eksempel på utvikling som pågår, men som tar svært lang tid i utvikling og implementering. E-helsearbeidet må effektiviseres. Det var flere eksempler på rask utvikling under pandemien. Her er det endringsmuligheter.

Det er behov for et regelverk som sørger for at vi har tilstrekkelig fleksibilitet til å løse dagens og morgendagens utfordringer. Det handler hovedsakelig om to ting, utforming og fortolkning.

I dag er det ikke behovet, men de tekniske løsningene og innholdselementer som reguleres. Lov- og forskriftsutvikling vil ikke kunne holde tritt med teknologisk utvikling. Nettopp derfor bør ikke juridiske forarbeider inneholde vurderinger av teknisk løsning. Hver enkelt virksomhet må selv tolke regelverket. Dette krever alle virksomheter har nødvendig kompetanse og foregår ofte i egne fagavdelinger for langt

unna tjenesten og relevante fagmiljøer. Når så to eller flere virksomheter skal samhandle, gjør ulik fortolkning at det blir svært tidkrevende og dyrt å jobbe frem en lik fortolkning av regelverket. Det fungerer ikke godt nok i dag, og det blir vanskeligere i fremtiden med enda større utfordringer. Sentrale myndigheter må nå erkjenne at dagens helselovgivning og metodikk for videreutvikling av denne hemmer oss i å nå målbildet i «En innbygger en journal». Risikoen er at helsevesenet blir mer og mer akterutseilt i den teknologiske utviklingen.

Det er også behov for at IKT-satsninger finansieres med en forutsigbar ramme, slik at det ikke må søkes om tilskudd år for år. Anskaffelser av IKT systemer må skje i tett samarbeid med tjenestene slik at sluttbrukers behov blir ivarettatt, og ikke ta så lang tid at nye og bedre systemer har kommet til i mellomtiden. Når teknologien erstatter noe av den menneskelige kontakten ved hjemmebesøk, må politikere også støtte denne utviklingen i tjenesten.

Oslo kommune mener det er viktig å trekke frem digitalisering og teknologisk utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Digitalisering er tjenesteutvikling, og ikke noe som kommer etterpå eller i tillegg. Samtidig må det stilles krav om at teknologimiljøene utvikler mer brukervennlige digitale løsninger. Å drive denne utviklingen krever mye av kommunen og gjøres i et spenn mellom tjenesteutøvelse, lovverk, tekniske føringer og utforsking av befolkningens og tjenestenes behov. Oslo kommune støtter vurderingene om at det er behov for å utvikle nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene. Digital kompetanse vil være nødvendig for å lykkes med kvalitetshevende og personellbesparende velferdsteknologi. Kunnskap om digitale løsninger må inn i grunnutdanningene. Helsepersonell må allikevel være bevisst på at ikke alle brukere/ pasienter nødvendigvis vil være digitale.

### **Saken gjelder:**

### **Sammendrag:**

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert Oslo kommune til å avgi høringsinnspill på Helsepersonellkommisjonens NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Helsepersonellkommisjonen har utarbeidet et kunnskapsgrunnlag som beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten, samt peker på mulighetsrommet for å få en tilfredsstillende helsetjeneste for befolkningen i fremtiden. Kunnskapsgrunnlaget harmonerer godt med flere av kommunens planer og målsettinger.

Oslo kommune gjenkjenner utfordringsbildet, og støtter at det er tid for handling. Oslo har allerede tatt dette på alvor og blant annet utarbeidet en egen strategi for rekruttering og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene.

Kommunen har fått flere og mer spesialiserte oppgaver, og det er viktig å styrke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse må

sees på som to likeverdige parter, og vi må finne gode løsninger for å dele kompetanse. Rapportens beskrivelse av ”hus- og hytte modellen“ (delt stillinger) er et godt eksempel på dette. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten konkurrerer om den samme arbeidskraften. Kompetansen som finnes må benyttes på en best mulig måte og det er viktig å se på hvem som skal gjøre hvilke oppgaver.

Et sentralt prinsipp i den statlige styringen av kommunesektoren er at nye oppgaver eller regelendringer som gir kommunesektoren økte kostnader, skal fullt ut kompenseres. Nye reformer skal finansieres fullt ut. Flere av kommisjonens forslag vil medføre økt behov for tilskudd til kommunesektoren.

### **Saksfremstilling:**

Helse- og omsorgsdepartementet har invitert Oslo kommune til å avgi høringsinnspill på Helsepersonellkommisjonens NOU2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester har innhentet høringsinnspill fra bydeler, etater, de sentrale rådene og andre byrådsavdelinger, og legger forslag til hørings svar frem for bystyret.

Byrådsavdelingen for helse, eldre og innbyggertjenester har anmodet Helse- og omsorgsdepartementet om utsatt høringsfrist fra 02.05.23 til 26.05.23 for å rekke behandling i bystyret. Helse- og omsorgsdepartementet har imøtekommet denne anmodningen.

Helsepersonellkommisjonen ble nedsatt 17. desember 2021 med formål 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.

Helsepersonellkommisjonen har utarbeidet et kunnskapsgrunnlag om:

- 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

Helsepersonellkommisjonen leverer sin tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på helse- og omsorgspersonell, og peker på følgende innsatsområder:

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

