



Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 02.05.23

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

1. Oppsummering

Pensjonistforbundet og SAKO (LO-Stats Pensjonistutvalg, Telepensjonistenes Forbund, Fagforbundets sentrale pensjonistutvalg, Postens Pensjonistforbund, Politiets Pensjonistforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund og Statens Vegvesens Pensjonistforbund) viser til høringsbrev av 02.02.2023 og NOU 2023: «Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste».

Helsepersonellkommissjonen ble opprettet 17. desember 2021 med mandat om å «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 helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt». Kommisjonens mandat er med andre ord hvordan få nok kvalifisert personell til å dekke de økende behov i helse – og pleiesektoren i årne som kommer.

Men det som er kommisjonens hovedvurdering og overordnede konklusjon er at omsorgstjenestenes andel av samfunnets totale arbeidsstyrke *ikke kan øke vesentlig. Fordi personell allerede er et knapphetsgode, og i enda større grad vil være det fremover, må helse og omsorgstjenesten bruke personellet og deres kompetanse mye mer effektivt enn før. Det blir færre ansatte per pasient. (side 13)*

Etter Pensjonistforbundets vurdering må det stilles spørsmål om kommisjonen har den nødvendige kompetanse til å foreta en slik vurdering. Det materialet kommisjonen henviser til som bakgrunn for denne konklusjonen kommer fra en forskergruppe i SSB ledet av forsker Erling Holmøy. Det er oppsiktsvekkende at han i en aviskronikk har sett det som nødvendig å ta avstand fra at dette faktagrunnlag gir grunnlag for denne konklusjonen (jf. også nærmere omtale). Pensjonistforbundet er også sterkt uenig i denne hovedkonklusjonen fra Helsepersonellkommissjonen.

Pensjonistforbundet og SAKO støtter selvsagt at vi fremover skal ha en effektiv organisering, riktig oppgavedeling, ta i bruk velferdsteknologi på best mulig måte og legge til rette for forebygging av sykdom og helseplager. Vi arbeider selv svært aktivt med å fremme disse forhold. Knyttet til disse områdene er det også kommet viktige



forslag fra kommisjonen. Men konklusjonen om å ikke bygge ut kapasiteten i tråd med behovene fremover beror på sviktende faglig grunnlag og har, om den følges opp, alvorlig konsekvenser for befolkningens fremtidige velferd. I pleie- og omsorgstjenestene er det nødvendig med flere ansatte for å oppnå god nok kvalitet jamfør de store mangler som er kommet fram i media i pasientbehandlingen av eldre.

De demografiske endringene vi har foran oss har vært kjent lenge. Det vil fortsatt være vekst i samlet befolkning, en kraftig vekst i den eldre befolkningen og særlig da for de aller eldste, mens andelen yngre reduseres noe. Økningen i antall eldre har stort sett vært sterkere enn økningen i samlet folketall siden 1900 fordi levealderen har økt. Dette er en suksesshistorie og et resultat av velstandsutviklingen i det norske samfunnet som tilrettelegger for gode liv.

De eldre har større behov for helse- og pleietjenester enn de yngre. Det betyr naturligvis at behovet for helse- og pleietjenester framover vil øke sterkere enn tidligere. For å møte det økte behovet, må vi naturligvis bygge ut tilstrekkelig med helse- og pleietjenester. Kapasiteten i statens spesialisthelsetjenester i somatiske sykehus, andre spesialisthelsetjenester og psykisk helsevern må bygges kraftig ut. Det gjelder kanskje i enda større grad kapasiteten i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Det gjelder utbygging av sykehjem, omsorgsboliger og hjelpeordninger i hjemmene. Da blir det også en sterk økning i behovet for helsepersonell i årene framover. Pensjonistforbundet mener at vi må ha ambisjoner om at dette både kan, må og vil vi klare å dekke slik at vi sørger for at befolkningen vil ha universell og lik tilgang på helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i årene fremfor oss.

Vi må ruste opp helse- og omsorgs sektoren slik at den evner å levere tjenester som sikrer pasientene trygghet, verdighet og kvalitet i møte med at vi blir flere eldre. Dersom vi velger å la være å bygge ut kapasiteten i tjenestene i tilstrekkelig grad, vil svaret bli økt vekst i de private og markedsbaserte helsetjenestene, med det resultat at befolkningens tilgang på tjenestene kan variere med den enkeltes privatøkonomi. Det gir også en lite effektiv utnyttelse av samlede personellressurser. En slik utvikling vil gagne noen få ressursterke på bekostningen av befolkningen som helhet, og er en utvikling Pensjonistforbundet vil advare mot.

Det vil også bli større press på den uformelle omsorgen, les: pårørende. Økt press på pårørende om å yte omsorg som ikke dekkes av helse- og omsorgstjenestene har et klart kjønnsperspektiv, dette vil ramme kvinnene. Det kan igjen føre til at målet om økt deltakelse (les- hele stillinger) fra helse- og sosialpersonell blir vanskeligere å oppnå, fordi disse vil ha så store omsorgsoppgaver at de ikke er forenlige med hele stillinger. I tillegg vil en forskyvning av ansvar fra det offentlige over til pårørende og frivillige kunne gi store ulikheter i tjenestetilbudet og innebære en uheldig privatisering av ansvar. Ikke alle pasienter kan satse på hjelp fra pårørende. En slik utvikling kan også



slå ut negativt på andre samfunnsområder. Vår velferdsmodell har vist at gode velferdsordninger og en godt utbygd helse- og omsorgstjeneste er en forutsetning for verdiskapning og økonomisk bærekraft.

2. Utfordringsbildet og tilgangen på arbeidskraft

Når man leser kommisjonens rapport, får man inntrykk at den er blitt overveldet av utfordringene med å skaffe nok helsepersonell til de behovene vi står framfor. Kommisjonen skriver blant annet at veksten i tilgjengelig arbeidskraft bremser helt opp: *Demografitvikklingen betyr altså både en økning i antallet eldre og en reduksjon i antallet i arbeidsfør alder- samtidig.*(side 12)

Dette synes å være basert på SSBs fremskrivninger etter hovedalternativet for befolkningsutvikling der antallet i yrkesaktiv alder er statisk definert som dem mellom 18 – 66 år i hele perioden man observerer. Når vi skal gjøre prognoser for hvordan befolkningen vil utvikle seg er det viktig å presisere at ingen vet nøyaktig hvordan den vil bli. Alle fremskrivninger av befolkningssammensetningen er forbundet med usikkerhet, og resultatene blir påvirket av forutsetningene som legges til grunn. Usikkerheten øker dersom vi ser langt frem i tid. For å illustrere usikkerheten presenterer SSB blant annet alternative befolkningsfremskrivninger avhengig av om fruktbarheten, utviklingen i levealder og innvandringen blir lav, middels, eller høy. Høy vekst gir lavest andel eldre, mens lav vekst gir høyest andel eldre.

Tabell 1: Aldergruppene 0- 17 år, 18- 66 år, og 67 år og eldre fremskrevet med SSBs hovedalternativ for befolkningsfremskrivninger

Aldersgruppene	År				
	2020	2030	2040	2050	2060
0- 17 år	1 118 608	1 056 566	1 070 608	1 093 495	1 051 207
18- 66 år	3 421 552	3 551 989	3 517 108	3 496 828	3 456 585
67 år og eldre	827 420	1 052 149	1 299 851	1 443 308	1 593 399
Totalt	5 367 580	5 660 704	5 887 567	6 033 631	6 101 191

Av tabellen over ser vi at antallet over 67 år stiger kraftig i årene fremover, med om lag 224 000 fra 2020 til 2030, deretter med ca 248 000 fra 2030 til 2040. Mens økningen deretter reduseres til omtrent 145 000 personer fra både 2040 til 2050 og fra 2050 til 2060. Økningen av antallet pensjonister vil medføre en kraftig og langvarig økning i befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester.



På det annen hånd er gruppen 17 år og yngre forventet å reduseres med 67 400 personer fra 2020 til 2060. Slik at alt annet likt vil det blir mindre etterspørsel etter offentlige velferdstiltak og ordninger rettet spesifikt mot barn og ungdom.

Ser vi på antallet i yrkesaktiv alder, definert som dem mellom 18-66 år, ser vi at antallet over perioden totalt øker med om lag 35 000 personer, altså over 40 år. Det skjer imidlertid en nedgang fra 2030-årene i tråd med det kommisjonen skriver, men ikke nok til at det fører til nedgang for perioden som helhet.

Denne måten å fremstille utviklingen i antallet yrkesaktive på er imidlertid svært forenklet. For det første ser den kun på forventet antall i yrkesaktiv alder, -ikke på hvor mange som faktisk er forventet å være i arbeid (sysselsettingsandelen), for det andre tar den ikke hensyn til utviklingen i arbeidstakernes produktivitet og for det tredje forholder den seg til definisjonen på dem i yrkesaktiv alder som en statisk grense.

Beregningene i tabellen ovenfor overdriver derfor avviket mellom sysselsatte og pensjonister siden den ikke tar hensyn til at økt forventet levealder vil påvirke hvilke aldersgrupper som inngår i gruppa som defineres som å være i yrkesaktiv alder. Det er rimelig å forvente at i takt med økt levealder vil mange arbeidstakere kunne stå noe lenger i jobb i framtida enn i dag. Pensjonsreformen av 2011 innførte levealdersjustering av pensjonene som betyr at økende levealder i befolkningen må motsvares av senere avgang fra inntektsgivende arbeid for å opprettholde samme pensjonsnivå. Pensjonsutvalget som la frem sin evaluering av pensjonsreformen i juni 2022, foreslår at man innfører en normert pensjonsalder som innebærer at pensjonsalderen skal øke gradvis fra 67 år -med om lag ett år per ti år -fra og med 1963-kullet. Dette forventer utvalget at kan gi en økning i arbeidstilbudet.

I tillegg forventes det at produktivitetene i økonomien skal øke fremover. Det betyr at hver arbeider vil produsere mer og vi vil trenge færre yrkesaktive for å opprettholde et gitt produksjonsnivå. I Perspektivmeldingen 2021 kan vi lese at gjennomsnittlig årlig økning i timeverksproduktivitet er estimert til å ligge på 1,3 prosent i perioden 2020 til 2060. Dette er riktignok lavere enn over perioder i nær fortid, for eksempel var gjennomsnittlig årlig vekst i timeverksproduktiviteten for fastlands- Norge på 2,5 prosent over perioden 1971 til 2007.



Tar man hensyn til økt forventet pensjoneringsalder i tråd med Pensjonsutvalgets forslag til justering av normert pensjonsalder, og skriver opp antall yrkesaktive med forventet vekst i produktivitet får vi følgende oversikt:

Tabell 2:

	År				
Aldersgruppe	2020	2030	2040	2050	2060
0- 17 år	1 118 608	1 056 566	1 070 608	1 093 495	1 051 207
Yrkesaktive	3 421 552	4 111 950	4 736 400	5 441 477	6 294 150
Pensjonister	827 420	990 427	1 158 826	1 246 676	1 295 422
Yrkesaktive/pensjonister	4,14	4,15	4,09	4,36	4,86
Forsørgerbrøk	1,76	2,01	2,12	2,33	2,68

Tabellen viser utviklingen i 3 befolkningsgrupper: «0- 17 år», «Yrkesaktive», og «Pensjonister». «0- 17 år» er som navnet tilsier de 17 år og yngre fremskrevet med hovedalternativet for befolkningsframskrivninger fra SSB. «Yrkesaktive» er de som var fra 18 til 66 år i 2020, deretter er de fremskrevet med hovedalternativet til SSB, men for hvert tiår fra 2030 av, er et eldre årskull inkludert i gruppen i tråd med nytt forslag for normert pensjoneringsalder. I 2030 vil dermed «Yrkesaktive» bestå av dem mellom 18- 67 år, i 2040 de mellom 18- 68 år, i 2050 de mellom 18- 69 år osv. «Pensjonister» er de som var 67 år og eldre i 2020, deretter er de fremskrevet med hovedalternativet, men for hvert tiår er det årskullet som blir del av «Yrkesaktive» fjernet fra gruppen. I 2030 vil de dermed bestå av de som er 68 år og eldre, i 2040 de som er 69 år og eldre osv. I tillegg er de «Yrkesaktive» skrevet opp med forventet årlig gjennomsnittlig vekst i timeverksproduktivitet for fastlands- Norge.

Gruppen 0- 17 år vil åpenbart være identisk, men for de yrkesaktive ser vi store endringer når vi tar hensyn til økt pensjoneringsalder og produktivitet.

Det er vanlig å trekke frem forholdstallet mellom antall yrkesaktive per pensjonist samt forsørgerbrøken når man skal si noe om utfordringene. Forsørgerbrøken er her definert som antallet yrkesaktive for hver pensjonist og person 17 år og yngre. I 2020 var det rett i overkant av 4 yrkesaktive per pensjonist, dette vil holde seg relativt stabilt frem til 2040, før det stiger opp til 4,86 i 2060. Over hele perioden er det altså en forbedring i forholdstallet mellom yrkesaktive og pensjonister. Når det kommer til forsørgerbrøken var denne på 1,76 i 2020. Den vil stige jevnt og trutt over hele tidsperioden. Først til 2,01 i 2030, og deretter videre helt opp til 2,68 i 2060. En svakhet ved å måle forsørgerbrøken på denne måten er imidlertid at overføringene til eldre er større enn til de under 18 år, så det må man ha med i betrakningen når man tolker tallene.



I Norge utgjør i dag samlede årsverk i henhold til Nasjonalregnskapet ca. 2,6 millioner årsverk (<https://www.ssb.no/statbank/table/09174/tableViewLayout1/>). Det er vanlig for norske politikere og ledere i helsesektoren å hevde at det blir flere eldre og færre yrkesaktive i Norge i årene framover. Vi ser at med denne analysen er det første helt riktig, men det blir ikke færre yrkesaktive. Det er heller ikke noen sannhet at det blir større problemer med å «forsørge» de eldre i framtida. I det hele tatt burde vi problematisere spørsmålet om de yrkesaktive virkelig forsørger de eldre, og i tilfelle hvordan. Vi må ta hensyn til at de eldre får flere friske leveår og forventes å arbeide noe lenger, og at produksjonen per årsverk øker. Når vi tar hensyn til økt produktivitet, økt pensjoneringsalder, og fallende antall yngre tegner det seg uansett et helt annet fremtidsbilde enn det kommisjonen baserer seg på.

Knapphet på arbeidskraft eller arbeidsplasser?

Ingen kan spå om fremtiden, og hvorvidt det blir knapphet på arbeidsplasser eller arbeidstakere i årene fremfor oss kan vi naturligvis ikke vite. Alexander Berg Erichsen drøfter dette spørsmålet i artikkelen «Framtidas arbeidsmarked-mangel på arbeidskraft eller arbeidsplasser» (Samfunn og økonomi utgave 1 2018) og konkluderer med at : *Vi må påregne at strukturendringene i arbeidslivet gjennom automatisering og digitalisering blir sterkere enn det vi har opplevd før, og at det vil frigjøre arbeidskraft i de tjenesteytende virksomhetene. Dette taler for at behovet for arbeidskraft blir mindre. Økningen andelen eldre øker behovet for arbeidskraft og reduserer tilbudet av arbeidskraft. I en situasjon med mangel på arbeidsplasser vil derfor en økt andel eldre ikke være et problem for samfunnet, men virke positivt.*

Helse- og omsorgstjenester er verdiskaping og dekker grunnleggende behov

Kommisjonens anbefaling om ikke å bygge ut helse- og omsorgstjenestene i tråd med behovene, føyer seg inn i rekken av utredninger der aldringen av befolkningen brukes som argument for å skape oppfatninger om hvor problematisk og kostnadskrevende alt vil bli i framtida, og at flere av dagens velferdsordninger må avvikles. Men helse- og omsorgstjenestene er en svært viktig del av verdiskapningen i Norge, og de som arbeider i denne sektoren dekker helt grunnleggende behov for innbyggerne. Når man problematiserer vekst i offentlig sektor, hviler det ofte på en oppfatning om at det er privat sektor som skaper verdiene mens offentlig sektor bruker opp verdiskapningen. Dette er en misoppfatning. Offentlig og privat sektor bidrar i et samspill til verdiskapningen i samfunnet. Tjenestene løfter livskvaliteten til de som blir behandlet slik at den enkelte kan fungere godt og opprettholde bedre helse og bidra til produktiviteten. Det som derimot kan trekke verdiskapningen ned er hvis vi får dårligere helse i befolkningen som følge av lavere tilgang på helsetjenester.



Utvalget argumenterer med at videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene ikke vil bli akseptert av andre næringer og sektorer fordi det samtidig vil bety redusert tilgjengelig arbeidskraft for disse andre næringene. Vi viser her til innlegget til Erling Holmøy i «Dag og Tid» 14.07.23 «Helsepersonellkommissjonens konklusjon mangler begrunnelse» hvor han forklarer at denne påstanden beror på sviktende samfunnøkonomisk forståelse :

Fordelingen av arbeidskraft til produksjon av ulike goder bør reflektere det befolkningen er villige til å betale for å få litt mer av hver av dem, samt arbeidskraftens produktivitet. Ved effektiv ressursbruk er betalingsviljen lik uansett hvordan et ekstra årsverk anvendes. Hvis dette gjelder (tilnærmet) i utgangspunktet, bør en vridning av samlet betalingsvilje i favør av HO føre til at arbeidskraft overføres til HO-produksjon fra andre næringer, inntil nytten av et ekstra årsverk igjen er lik overalt. Dette gir helt andre implikasjoner enn at HO skal ta til takke med de årsverkene som er igjen etter at andre har forsynt seg.

Flere eldre tilsier sterk og langvarig vekst i samlet betalingsvilje for HO fremover. HPK setter sin lit til at etterspørselsveksten kan dekkes av effektivisering, uten økt arbeidsinnsats. Ingen er imot å få mer for mindre, men det virker utopisk at HPKs visjon kan nås uten kraftig kvalitetsfall i offentlig HO. Selv med nøkterne forutsetninger, vil HO-andelen av totale årsverk i 2060 nærme seg det dobbelte av dagens 13 prosent. Det er vanskelig å se andre næringer med like sterke og sikre vekstutsikter.

Når befolkningen ønsker relativt mer helsetjenester i forhold til andre goder, er det selvsagt mulig å øke andelen som jobber i HO på bekostning av andre næringer.

Bruker vi for mye ressurser?

Kommisjonen skriver at «Norge ligger på toppen i Europa i ressursbruk til helse- og omsorgstjenestene. Vi har høyest andel sysselsatte, og er blant landene som bruker mest av felleskapets penger på disse tjenestene, relativt sett.»

Er det en riktig vurdering at vi bruker for store ressurser på helse- og omsorgstjenester i Norge? Svaret er nei. Norges ressursbruk på helsetjenester er ikke urimelig stor i forhold til de behovene som skal dekkes og det inntektsgrunnlaget vi har.

Det har vært en kraftig vekst i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene. Ifølge kommisjonen har økningen gått fra 7 prosent til 21 prosent av de sysselsatte i perioden fra 1970 til i dag. Denne økningen gjenspeiler oppbyggingen av velferdsstaten. Mye mer av pleie og omsorg er i dag overført fra familier til stat og kommuner, og vi har fått langt bedre helse- og omsorgstjenester. Og medregnet i denne økningen er barnehager, skolefritidsordninger og en rekke andre områder, slik at når vi registrerer



antall årsverk begrenset til helse- og pleietjenester, blir andelen langt lavere ; på rundt 14-15 pst, dvs ca. 330 000 årsverk. Sysselsettingsmessig har HO imidlertid blitt vår største sektor. Det er ingen tvil om at økningen i denne sektoren må fortsette om vi skal bevare og videreutvikle et godt velferdssamfunn for innbyggerne i framtida.

I denne sammenheng må vi også huske at den store innsats vi har bygget opp i helse- og sosialsektoren og oppvekstsektoren har tilført det norske samfunnet en kraftig økning i arbeidsstyrken. I perioden fra 1970 og utover økte yrkesaktiviteten for kvinnen fra mellom 40 og 50 prosent til dagens nærmere 80 prosent. Det var i disse yrkene mange av kvinnene fikk arbeid og det var arbeidet i disse sektorene som gjorde det mulig for flere kvinner å bli yrkesaktive.

De to yrkesgruppene hvor det særlig er behov for å øke sysselsettingen og hvor utdanningskapasiteten er for lav, er knyttet til helsefagarbeidere og sykepleiere. Her blir underdekningen av helsefagarbeidere og sykepleiere henholdsvis om lag 25 000 og 30 000 årsverk i 2040 beregnet etter mellomalternativet. Videre betyr dette at sysselsettingen samlet i denne sektoren må øke med 150 000 årsverk fram til 2040. Det tilsvarer ca. 2 prosent årlig økning eller 7 500 årsverk i gjennomsnitt per år. Det klarer vi. Tall fra Samordna opptak viser at helsefag er utdanningsområdet med klart flest søkere. Samlet er det langt flere søknader enn det er studieplasser: rundt 30 000 søkere konkurrer om nesten 12 000 studieplasser i 2023.

Deltidsfella

Særlig når det gjelder helsefagarbeidere er det i Norge utbredt bruk av deltidsstillinger. Her er det en betydelig arbeidskraftreserve, og faktisk er det slik at om alle skulle fått heltidsstillinger i dag, ville det slettes ikke være plass til dem i dagens helse- og omsorgstjenester. Også blant sykepleierne er det en arbeidsreserve i overgangen fra deltid til heltid, selv om den ikke er på langt nær så stor som for helsefagarbeiderne. Faktisk er den utbredte deltidskulturen et av hovedproblemene for rekruttering av helsefagarbeidere (jf. artiklene i Samfunn og økonomi, 1/2022: *Helsefagarbeidere i deltid* av Stiklestad, S., og 1-2/2019: *Ufrivillig deltid for helsefagarbeidere* av Vabø, M., Drange, I. og Amble, N.). Vi må bedre arbeidsvilkårene og forholdene for de ansatte slik at det blir mer attraktivt å jobbe i sektoren og sykefraværet går ned. Deltidsfellen, det store sykefraværet og vikarbruken er hovedutfordringer for å bygge nok kapasitet i tjenesten.



3. Mer effektiv organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene.

For å lykkes med samarbeidet om eldre pasienter/brukere mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, er det Pensjonistforbundets oppfatning at det er en rekke organisatoriske og økonomiske forhold som må forbedres, og som ofte står i veien for å ta i bruk nyttige tiltak. Sterkere demokratisk styring og mer like finansieringsordninger i spesialisthelsetjeneste og kommune, vil gi bedre forutsetninger for framtidig samhandling og samarbeid. Vi støtter derfor utvalgets flertall som anbefaler å sette ned et utvalg for å utrede en mer helhetlig organisering av tjenestene.

Kommisjonen anbefaler videre å sette ned et utvalg for å utrede en bærekraftig sykehusstruktur. Pensjonistforbundet bekymrer seg for at parallelt med den kraftige veksten i behovet for tjenestene i helse- og omsorgssektoren er det et voldsomt press om å nedbygge sykehusene våre. Særlig gjelder dette de mindre sykehusene som ivaretar sykehustjenester spesielt til de eldre best, og med lavere kostnader enn de større sykehusene. Psykiatriske institusjoner er også under full nedbygging. Pensjonistforbundet er sterkt bekymret for nedbyggingen av antall sykehussenger og konsekvensen dette har for kvaliteten på eldre pasienters helsetilbud.

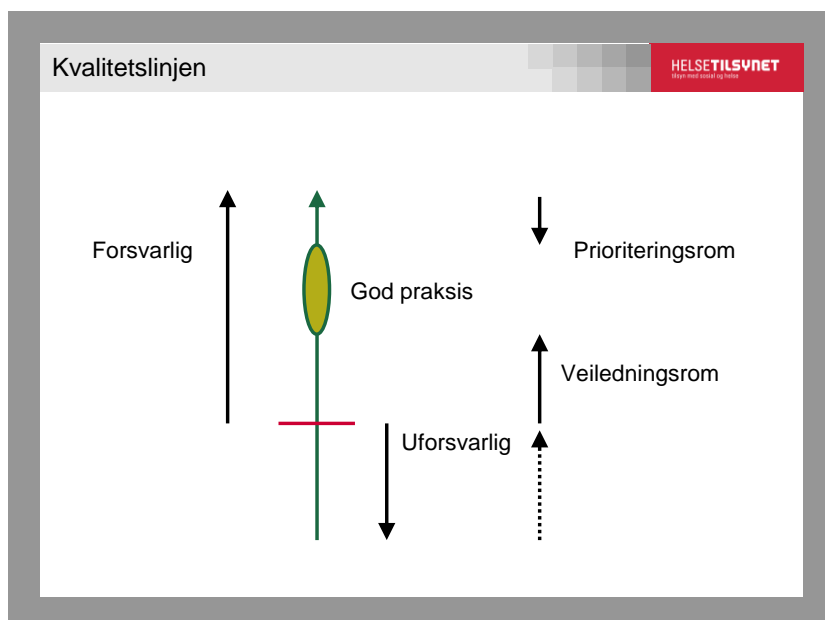
4. Oppgavefordeling

Her er det ofte snakk om oppgaveomfordeling. Kommisjonen foreslår at man arbeider med dette gjennom å systematisere kompetansebehovet i ulike arbeidsprosesser. For hver prosess anbefaler man en «bottom/up» tilnærming. Det betyr at man starter med å se hvilke deler av prosessen som kan tas vare på av brukerne selv, pårørende, frivillige, likepersoner osv. Det disse ikke kan ta seg av løftes opp i selve helse- og omsorgstjenesten. Først ser man på hva som kan utføres av assistenter og så beveger man seg oppover i kompetansepyramiden helt til man ender opp med høyspesialisert personell på toppen. De må ta seg av det som er igjen etter at alle andre har fått sitt.

Uansett valg av metode, vil vurderingene i overgangene mellom nivåene være kritiske. Kommisjonen er veldig tydelige på at forsvarlighetskravet alltid skal ivaretas ved vurderinger av ny og endret oppgavedeling. Det skulle bare mangle all den stund forsvarlighetskravet er et lovkrav. Men dette kravet er et minimumskrav. Alt som er dårligere enn forsvarlig, er ulovlig. Forsvarlighetskravet i loven er dessuten ikke veldig konkret i seg selv. Hvor grensen går må vurderes i hvert enkelt tilfelle.



Hensynet til økonomi og forsvarlighet kan trekke i hver sin retning. Mange helse- og omsorgsledere har nok spurt seg: hvor lite kompetanse kan vi klare oss med uten at det blir uforsvarlig. Mange virksomheter vil derfor planlegge for at de ansatte skal drive akkurat på forsvarlighetsgrensen. Ingen vil imidlertid klare å ligge akkurat på denne grensen hele tiden. Noen ganger treffer man over og noen ganger under. Det å sikte seg inn på denne grensen blir derfor uforsvarlig fordi man da ofte vil havne under uforsvarlighetsgrensen. Det man må sikte seg inn på er det som kalles god praksis, som ligger et stykke over forsvarlighetsgrensen. Illustrasjonen nedenfor fra Helsetilsynet viser dette.



Kommisjonen skriver også at oppgavedeling ikke skal gå ut over kvalitet og pasientsikkerhet. Hva mener man her med kvalitet? Kvalitet er et enda mer tøyelig begrep enn forsvarlighet. Vi antar at det er god kvalitet man mener. Det er det samme som god praksis.

Vi er bekymret for at tjenestene blir dårligere dersom forsvarlighetsgrensen tøyes nedover. Det gjelder enten det skyldes mangel på penger eller mangel på kvalifisert personale. Disse forholdene bør behandles grundigere enn det kommisjonen har gjort.



En må heller ikke isolere enkeltoppgaver og tenke at dette er noe yrkesgrupper på lavere nivå fint kan utføre. Ofte er det mer komplekst. For eksempel kan en sykepleier i hjemmetjenesten ha som oppgave å smøre mat til en person som pt ikke har andre tjenester. Dette kan en umiddelbart tenke at det kunne hvem som helst ha gjort. Men vurderingen kan være at dette er den muligheten en har for å kunne gjøre en mer total observasjon av pasientens tilstand og omgivelsene og til dette trengs det fagkompetanse. I debattene i etterkant av rapporten har det vært mye fokus på oppgavedeling mellom helsefagarbeidere, sykepleiere og leger, men her må en ikke glemme alle de andre yrkesgruppene som kan og må få bidra inn i helse- og omsorgstjenestene med sin kompetanse, og som både vil avlaste f.eks sykepleiere, men også gjøre omsorgen kvalitativt bedre. Det er behov for å satse mer på opptrening, habilitering og rehabilitering, og å benytte flere helsepersonellgrupper i helse og omsorgstjenestene. Eksempelvis fysioterapeuter, ernæringsfysiologer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, farmasøyter, aktivitører, tannpleiere og psykologer.

Dette mangfoldet av yrkesgrupper må få bedre vilkår framover.

Folks ansvar for egen helse

Kommisjonen snakker frem folkehelsearbeid, forebygging, tidlig innsats og helsefremmende arbeid. Det er også et mål at folks helsekompetanse skal styrkes slik at de kan ta et større ansvar for egen helse. Dette vil redusere behovet for helse- og omsorgstjenester og for helsepersonell. Denne type innsatser er selvfølgelig viktig, men det vil gå en grense for hva folk kan ta ansvar for selv.

Formalisere brukerorganisasjonenes rolle

Kommisjonen foreslår at brukerorganisasjoner kan få en mer formalisert rolle i tjenesteutvikling og tjenesteleveranse i sykehus og kommuner. Brukerorganisasjonene har flere oppgaver og roller både overfor egne medlemmer og overfor allmennheten. Deres kunnskap ble for alvor erkjent for 20 år siden da brukermedvirkning ble formalisert i etableringen av helseforetak (Brukerutvalgene i helseforetakene). Organisasjonene har nyttige erfaringer og god kunnskap om brukernes opplevelser av tjenestene. Disse erfaringene og kunnskapene kan utnyttes mer, men i hvilken grad det skal formaliseres må drøftes med organisasjonene. Her vil det dessuten være behov for å definere hvor grensen i praksis skal gå for hvilket ansvar frivillige eventuelt skal kunne pålegges og det ansvaret som helsefaglig personell har etter lover og forskrifter.



Pensjonistforbundet er med sine 750 lokalforeninger over hele landet en folkehelseaktør myndighetene kan spille på og samarbeide med for å finne løsninger og bidra til økt frivillighet, brukermedvirkning og aktivitet og bedre helse i eldre år.

5. Utdanning, kompetanseutvikling og karrieremuligheter for personellet

Både kommuner og sykehus har de senere årene brukt store ressurser for å rekruttere nødvendig kompetanse inn i sektoren. Denne utfordringen vil bli større i årene som kommer. Det har (i mange år) vært stor mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere de siste årene og ifølge SSB blir mangelen betydelig større i årene framover. Tallen under er fra NAVs bedriftsundersøkelse som hvert år har oversikt over mangel på yrkesgrupper. Sykepleiere har toppet denne listen i flere år.

år	Sykepleiere	Helsefagarbeidere
2015	2350	650
2016	3300	900
2017	3600	1400
2018	4550	2200
2019	4500	2650
2020	4300	1950
2021	5350	1900
2022	5900	2600

[Bedriftsundersøkelsen - nav.no](https://nav.no)

Kommisjonen slår fast at en viktig forutsetning for gode og effektive tjenester, er at personellet har kvalifikasjonene og kompetansen som kreves for oppgavene. De mener også at tjenestene utvikler seg raskt og at det er behov for forskjellige typer kompetanse for å løse oppgavene på en god måte. Dette er Pensjonistforbundet enig i, og vil tilføye at i tillegg til ulike typer kompetanse må det også kontinuerlig være tilbud om etter- og videreutdanning og at utgifter til dette dekkes av arbeidsgiver. Fortsatt står en stor andel av de ansatte i helse- og omsorgstjenestene i kommunen uten helse- og sosialutdanning. Å sørge for at de får grunnleggende opplæring vil etter Pensjonistforbundets oppfatning være et av de tiltak som gir størst effekt for å heve



kompetanse og kvalitet på tjenestetilbudet. Dette krever god og forutsigbar kommune- og sykehusøkonomi og finansieringsordninger slik at det blir prioritert.

Arbeidsdeling mellom yrkesgrupper er viktig, og Pensjonistforbundet er enige i at det trengs et fagarbeiderløft. Samtidig er det viktig å ha en velutbygd sykepleier- og spesialsykepleierkompetanse både i kommunene og sykehusene. Når det kommer inn nye grupper i tjenesten er det viktig at det ikke forverrer turnusbelastningen til sykepleiere og helsefagarbeidere, mao må også de kunne gå i turnus.

Kommisjonen skriver mye merkelig blant annet at *«Behovet for å begrense veksten av sysselsatte i helse- og omsorgstjenestene innebærer at økt utdanningskapasitet innen helse- og omsorgsutdanninger ikke løser bemanningsutfordringene.»* I og med at Kommisjonen ikke gjør konkrete vurderinger av dimensjoneringen av utdanningene, kan dette bety at de mener at utdanningskapasiteten ikke skal økes. Det er i tilfelle Pensjonistforbundet uenige i. Med den store veksten av eldre i årene framover må utdanningskapasiteten økes betydelig både for grunnutdanningene og videreutdanningen innen hele helse- og sosialfeltet. Endrede oppgaver og nye arbeidsmetoder med vekt på aktiv omsorg og hverdagsrehabilitering, forutsetter større faglig bredde med rom for fagpersonell med bakgrunn i ergoterapi, fysioterapi, pedagogikk og sosialt arbeid, ikke minst i de kommunale tjenestene.

Når det gjelder studieplasser, er vi, slik de demografiske utfordringene ser ut, enig i at økningen må være størst i distriktene, og at det må legges til rette for flere desentraliserte utdanningstilbud. Den totale utdanningskapasiteten for helse- og sosialpersonell må imidlertid økes i takt med endrede behov.

Det er vanskelig å tenke seg en helse- og omsorgssektor i framtida, uten at en større andel menn lar seg rekruttere og tar utdanning i helse- og sosialfag. Helsepersonellkommisjonen viser til «Menn i helse» som et vellykket prosjekt for å legge til rette for at menn skal se helse- og omsorgsyirket som en mulighet og karrierevei. Det er nødvendig å forsterke dette arbeidet både fra utdanningsmyndighetenes og helse- og omsorgssektorens side.

Kommisjonen foreslår «å sette i gang et systematisk og forpliktende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme arbeidet for bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i helse- og omsorgstjenestene over hele landet. Det foreslås at programmet finansieres med 300 millioner kroner per år i ti år». Pensjonistforbundet mener dette er et godt og helt nødvendig forslag som myndighetene oppfordres til å følge opp.

Helsepersonellkommisjonen anbefaler å styrke generalistkompetanse både i kommunene og i helseforetakene.

«Den medisinske kunnskapsmengden øker hele tiden. Det bidrar i seg selv til mer spesialisering og sentralisering, selv om sykehus i distriktene og den aldrende



befolkningen over hele landet i første rekke trenger generalister.» Vi støtter forslaget fra helsepersonellkommissjonen om å styrke generalistkompetansen både i kommunene og i helseforetakene.

Mange eldre har flere kroniske sykdommer og har stor nytte av geriatrisk kompetanse. Det bør ansettes flere geriater i helseforetak.

6. Digitalisering og teknologisk utvikling

Pensjonistforbundet mener at digitalisering og teknologisk utvikling er en viktig del av løsningen for å sikre gode helse- og omsorgstjenester fremover.

Helsepersonellkommissjonen fastslår at digitalisering og ny teknologi har endret helse- og omsorgstjenestene, og vil bidra til å endre dem ytterligere i fremtiden.

«Dersom digitalisering og teknologi utvikles, implementeres og anvendes riktig, kan det bidra til økt effektivitet og til at personellet – i enda større grad brukes til å ivareta kjerneoppgavene sine. Da vil utviklingen samtidig føre til økt kvalitet i tjenestene og øke pasient- og brukertilfredsheten. Utvikling og bruk av teknologi og digitale løsninger bør i enda større grad begrunnes i og rettes mot en effektivisering av helse- og omsorgstjenestene.»

De skriver videre at digitaliserte løsninger i samhandling er en forutsetning for å håndtere helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltnings- og omsorgsnivåer, og at realisering av gevinster i liten grad er tatt ut.

Pensjonistforbundet støtter kommisjonens anbefaling om å styrke innføringen av digitale løsninger og velferdsteknologi. De støtter også prinsippet om at oppgaver der personellet ikke har direkte kontakt med pasienter brukere eller pårørende, automatiseres i størst mulig grad. Digitalisering og velferdsteknologi bør føre til effektivisering og «spart tid» som gjør at helsepersonell kan brukes til å håndtere økte behov. Dette forutsetter løsninger som tar utgangspunkt i brukere og ansattes behov og sikrer kvalitet i tjenesten, og at teknologien brukes i riktig omfang. Nye løsninger må derfor utvikles i nært samspill med bruker/pasienter og helse- og omsorgspersonell. Pensjonistforbundet vil understreke at utviklingen av sektorens digitale løsninger må sette helsepersonell, pasienter/brukere og pårørende i sentrum og sikre disse kompetanse til å bruke teknologien riktig.



Pensjonistforbundet har følgende kommentarer til de ulike tiltakene:

Tiltak: Kompetanseutvikling i og for effektive helse- og omsorgstjenester

Kommisjonen foreslår at det utvikles nye tiltak for å styrke den digitale kompetansen i helse- og omsorgstjenestene: *«Digital kompetanse er en viktig forutsetning for å lykkes for alle, både personell, pasient/brukere, pårørende og utviklere. Digital kompetanse bør styrkes i helse- og sosialfaglige utdanninger.»*

Pensjonistforbundet vil understreke at digital helsekompetanse er avgjørende for å kunne nyttiggjøre seg teknologien på en hensiktsmessig måte. Det betyr at vi trenger kontinuerlig opplæring av den eldre befolkningen. Skal de eldre kunne nyttiggjøre seg teknologien når det er nødvendig, er det viktig å ufarliggjøre og venne seg til digitale løsninger. Det bør etableres faste tilbud for opplæring av den eldre befolkningen i hele landet.

Om lag 600 000 voksne har liten eller ingen digital kompetanse. Om lag halvparten av disse er eldre. Pensjonistforbundet har i flere år mottatt prosjektstøtte fra Helsedirektoratet og drevet opplæring av eldre i bruk av digitale verktøy og velferdsteknologi. Behovet for opplæring er stort. Det er behov for en større og mer helhetlig satsing på å bekjempe digitalt utenforskap. Prosjekter med årlig og dermed uviss finansiering må bli faste og forutsigbare satsninger på statsbudsjettet, samtidig som bevilgningene må økes betraktelig.

Tiltak: Effektivisering gjennom bedre utnyttelse av tilgjengelig teknologi

Helsepersonellkommisjonen understreker behovet for å automatisere oppgaver som ikke er relasjonelle: *«Helse- og omsorgstjenesten er arbeidsintensiv og svært mange av oppgavene er relasjonelle. Når den menneskelige faktoren er en viktig del av arbeidsoppgavene, eller en verdifull bieffekt av dem, så bør ulempene for personellet og de berørte ved å automatisere dem, veies opp mot fordelene.»*

Pensjonistforbundet mener her at det er viktig å påpeke at å innføre teknologi handler om mye mer enn å etablere tekniske løsninger. Tjenesten må også utvikle måten man gir tjenestene på både for å sikre kvaliteten og pasient/brugeroppfølgingen og få tatt ut effekten av teknologien.

Kommisjonen beskriver gode effekter av velferdsteknologi i kommunene både når det gjelder kvalitet og effektivitet, og at fortsatt satsning på velferdsteknologi er sentralt for bærekraftige kommunale helse- og omsorgstjenester. Der velferdsteknologi tas i bruk, vil personellet kunne prioritere oppgaver som krever menneskelige relasjoner. Det vil føre til både bedre tjenester og mindre personellbehov, og kan legge til rette for bedre trivsel og utvikling for personellet.



Pensjonistforbundet er av den oppfatning at den nasjonale satsningen på innføring av velferdsteknologi i kommunene har vært viktig for å komme dit vi er i dag. Kommunene har fortsatt behov for veiledning og støtte fra nasjonalt hold, da det er krevende å dra utviklingen hver for seg. Det er også behov for økt takt i innføring av trygghets- og mestringsteknologi i kommunene. Pensjonistforbundet vil derfor poengtere (viktigheten av en) at fortsatt nasjonal satsning på innføring av velferdsteknologi i kommunene er viktig.

Kommisjonen foreslår at det over en ti års periode bevilges fem milliarder kroner til et forskningsprogram på ny teknologi og innovative arbeidsprosesser som fører til redusert behov for arbeidskraft i helse- og omsorgstjenestene. Pensjonistforbundet mener at det bør forskes mer på velferdsteknologi for å utvikle teknologi og innovative prosesser til beste for pasienten, og at det er viktig å få kunnskap om hva som gir god kvalitet i tjenestene. Vi vil samtidig fremheve at teknologi kun er en del av løsningen, og at der vi har mest å hente for å sikre befolkningen helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, handler om utbygging og investering i helse- og omsorgssektoren og økt personellinnsats og støtteordninger, og at satsingene bør reflektere dette.

Vennlig hilsen
For Pensjonistforbundet

Jan Davidsen
Forbundsleder

Arne Halaas
Generalsekretær