

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030 Oslo

Deres ref.: 23/92

Vår ref: HSAK202300326

Dato: 02-05-2023

Legeforeningens innspill til Helsepersonellkommisjonens utredning NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

Legeforeningen viser til brev av 2. februar 2023 om høring av Helsepersonellkommisjonens utredning NOU 2023:4 *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Legeforeningen takker for muligheten til å komme med innspill til kommisjonens utredning. Legeforeningen har sendt utredningen på bred høring i organisasjonen og følgende innspill er vedtatt av Legeforeningens sentralstyre.

Legeforeningen har valgt å strukturere innspillet med en første del bestående av generelle bemerkninger, etterfulgt av innspill til kommisjonens utredning kapittelvis.

Innhold

Innledende betraktninger	2
Kapittel 2: Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft	3
Kapittel 3: Organisering av helse og omsorgstjenestene og godkjenningsordninger for helsepersonell	5
Kapittel 5: Utdanning og kompetanseutvikling	6
Kapittel 6: Helsepersonellkommisjonens tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene.....	7
Kapittel 7: Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene	8
Kapittel 8: Oppgavedeling	10
Kapittel 9: Arbeidsforhold og arbeidstid	12
Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling.....	13
Kapittel 11: Prioritering og reduksjon av overbehandling	14
Kapittel 12: Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene	15
Kapittel 13: Helsepersonellkommisjonens vurderinger av fremtidig personellbehov.....	17
Kapittel 14: Økonomiske og administrative konsekvenser	17
Avsluttende kommentarer	18

Innledende betraktninger

Helsepersonellkommisjonens utredning er omfattende og Legeforeningen vil takke kommisjonen for arbeidet som er lagt ned gjennom mange måneder.

I kommisjonens mandat står det at kommisjonen skal *"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"*. Gjennom de om lag 300 sidene kommer kommisjonen med i hovedsak nyanserte og gode beskrivelser av utfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor, og som Legeforeningen i stor grad deler synet på. En hovedinnvending fra Legeforeningen er imidlertid at dette gjenspeiles i for liten grad i kommisjonens forslag til tiltak.

Kommisjonen peker på seks områder som må adresseres for å utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Legeforeningen er enig i at disse punktene er viktige i videreutviklingen av tjenesten, men støtter ikke alle tiltakene innenfor hvert område. Vi etterlyser særlig tiltak rettet mot arbeidsvilkår og rammer rundt arbeidslivet for helsepersonell. Legeforeningen mener at det er en alvorlig mangel ved utredningen at en ikke foreslår egne tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell, slik det framgår av mandatet at kommisjonen skal gjøre.

Selv om mange av forslagene til tiltak fremstår som godt funderte, er det mange som har usikre gevinster. Legeforeningen mener at om det er noe som vil gi gevinst utenfor enhver tvil, uavhengig om man legger lav vekst eller høy vekst av personell til grunn, så er det å ta vare på det helsepersonellet vi har i dag. Dette gjelder for eksempel tiltak rettet for å redusere sykefravær og arbeidsbelastning, slik at flere som ønsker det er i stand til stå i jobben ut arbeidslivet. Dette reiser betydelig tvil om kommisjonen faktisk har kommet frem til "treffsikre tiltak" i tråd med mandatet de ble gitt.

Legeforeningen deler kommisjonens syn på at ikke "alle" kan arbeide i helsetjenesten, og at vi kan ikke bemanne oss ut av situasjonen. Tiltak er nødvendige, men når kommisjonen skriver at helse- og omsorgssektoren må "vike" for de andre sektorene, er ikke dette grunnlagt godt nok. Dette premisset legges til grunn allerede i utredningens innledning, og i den offentlige diskursen etableres det som et tilsynelatende ufravikelig prinsipp. Legeforeningen kan ikke se at det følger av kommisjonens mandat eller oppgave å foreta valg mellom hvilke samfunnssektorer som skal tilgodeses foran andre. Dette er politiske prioriteringer og valg, hvor det til syvende og sist er befolkningen som avgjør gjennom stemmeseddelen. Hva kommisjonen mener her, kan derfor ikke legges til grunn som førende.

Dersom forventningene til helsetjenesten avviker fra det reelle tilbudet, er Legeforeningen bekymret for at veksten i de kommersielle private helsetjenestene vil øke raskere enn tidligere og som konsekvens øke de sosiale helseforskjellene i Norge. Legeforeningen mener det er en politisk oppgave å trygge befolkningen på at de også i fremtiden vil få den hjelpen de vil trenge i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen forventer, i tråd med utviklingen til nå, at det fortsatt vil være noe vekst i helsetjenesten, men spørsmålet er hvor mye. Legeforeningen er enige i at man skal utnytte ressursene i helsetjenesten best mulig, men at Norge både kan og må investere mer i helsetjenesten.

Kommisjonen presenterer et bilde av helse- og omsorgstjenestene som utelukkende forbrukere av fellesskapets ressurser. Legeforeningen mener en slik fremstilling er fundamentalt feil. Verdiskapning i økonomien måles enten gjennom markedspriser (privat sektor) eller gjennom innsatsfaktorbruk (tjenester som ikke omsettes på et marked). Hva som gir verdi for et samfunn, og dermed verdiskapning, bestemmes av våre preferanser, ikke av hvor aktiviteten skjer. Eksempelvis er det ikke slik at en MR-undersøkelse ved en privat virksomhet bidrar "netto finansielt", mens den samme undersøkelsen i et offentlig sykehus vil være "netto forbruk". En sterk offentlig helsetjeneste muliggjør verdiskapning i seg selv gjennom arbeidsplasser, økt levealder og bedre livskvalitet i befolkningen.

For å oppnå en mer bærekraftig, trygg, effektiv og virksom helse- og omsorgstjeneste for befolkningen mener Legeforeningen at rammene rundt hver enkelt helsepersonells yrkesutøvelse må tilrettelegges for en mest mulig effektiv arbeidshverdag. Det er derfor helt nødvendig å investere i helse- og omsorgstjenesten i dag for en bærekraftig fremtid.

Kapittel 2: Fremtidig behov for helsepersonell, demografisk utvikling og bærekraft

Legeforeningen mener:

- Norges helseutgifter fremstilles uriktig som høye, mens de i realiteten er på et nivå som er å forvente av et høyinntektsland hvor det offentlige er primærleverandør av helsetjenester.
- Forskjellen i personellvekst mellom omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og allmennlegene blir ikke diskutert tilstrekkelig.

Helsepersonellkommisjonens kapittel 2 legger grunnlaget for utfordringsbildet. Selv om det er vanskelig å være uenig i at det blir flere eldre og færre i arbeidsfør alder, er det likevel behov for å nyansere bildet. For å tilrettelegge for en kunnskapsbasert debatt ønsker Legeforeningen å kommentere tallene knyttet til helsepersonell, og om utgifter til helse som andel av BNP.

Om tall knyttet til helsepersonell

Andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten var i 2021 på 15,4 prosent, mens andelen årsverk i de offentlig finansierte helse- og omsorgstjenestene utgjorde 13 prosent av alle avtalte årsverk i Norge i 2021 (Holmøy 2023). Legeforeningen er ikke uenig i at det har vært vekst i andelen som arbeider innenfor helse- og omsorgstjenestene over de siste 50 årene, men dette har sammenheng med flere forhold, som blant annet økt levealder, medisinsk utvikling, økende velstand og større etterspørsel. Legeforeningen anser dessuten at oversikten presentert i figur 2.2, som viser sysselsetting i helse- og *sosialtjenesten*, ikke er relevant for diskusjonen av helsepersonell da den inkluderer sysselsetting i sosialtjenester som barnehager m.m.

Det er også svært ulik personellvekst innenfor omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, noe kommisjonen selv skriver, uten at Legeforeningen kan se at dette har fått nevneverdig konsekvens i den videre diskusjonen. Det fremgår at årlig personellvekst i spesialisthelsetjenesten har vært på 2,3 prosent, mot hele 3,7 prosent i omsorgstjenestene. Dette innebærer en vekstrate som er 60 prosent

høyere for omsorgstjenestene enn for spesialisthelsetjenesten. Dette er en vesentlig forskjell, og gir grunn til å stille spørsmål om vurderingene i rapporten står seg like godt for helsetjenestene som for omsorgstjenestene. Fastlegetjenesten har siden innføringen i 2001 hatt en årlig vekstrate på bare ca. 1,7 prosent.

Legeforeningen mener at grafiske fremstillinger av vekst i legestillinger ville styrket rapporten, ved at det ville gitt en bedre oversikt og forståelse av utfordringsbildet og et bedre grunnlag for nødvendige prioriteringer fremover. Vi savner grafiske fremstillinger av veksten innen alle ulike legespesialiteter, gjerne fordelt i fire figurer, spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten, private og andre (stat, fylke m.m.) med geografisk fordeling. I primærhelsetjenesten ville oppdeling etter hovedarbeidssted vært nyttig, f.eks. fastlege, sykehjemslege, helsestasjonslege, ØHD/KAD-lege, legevakt, samfunnsmedisinske stillinger (kommuneoverleger) m.m.

Om utgifter til helse som andel av BNP

I avsnitt 2.5.4 skriver kommisjonen at Norge har høye utgifter til helse som andel av BNP i internasjonal sammenheng, uten å tilstrekkelig diskutere hva som ligger bak dette og hva som ligger i disse tallene. Legeforeningen savner her en mer utfyllende diskusjon.

Legeforeningen merker seg at kommisjonen har valgt å ikke skille mellom utgifter til omsorgstjenester og utgifter til diagnostikk og behandling i beskrivelsen av helseutgifter som andel av BNP. Andelen av BNP som går til omsorgstjenester kommer frem av tabell 2.6 (s. 52), men kommisjonen diskuterer i liten grad hva dette betyr opp mot foreslåtte tiltak. I siste publisering av Helseregnskapet fra SSB fra 2021 kommer det frem at Norge bruker 29 prosent på helse relatert pleie og omsorg, og 48 prosent på medisinsk behandling og rehabilitering av de totale utgiftene på helse¹. Det er nærliggende å stille spørsmål om i hvilken grad sysselsettingen og ressursbruken i omsorgstjenestene legger rammer for kommisjonens vurderinger og tiltak som omhandler spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten.

Legeforeningen har i nærmere ett tiår argumentert for at Norge ikke bruker mer på helse enn andre land det er naturlig å sammenligne seg med. I 2017 ba Helse- og omsorgsdepartementet OECD om å gjøre en nærmere vurdering av Norges helseutgifter, noe som resulterte i en spesialrapport av januar 2017². Legeforeningen ønsker her å gjengi et av de viktigste punktene fra OECDs rapport.

"The comparative figures on spending – both at an aggregate level and on the adjusted data on (somatic) hospital inpatient care in the previous two chapters – suggest that health spending in Norway is within the expected range of a high-income country and comparable to other high-income countries in Europe with a high public share of health funding in health and LTC"

Norges utgifter til helse er altså på et nivå som er å forvente av et høyinntektsland hvor det offentlige er primærleverandør av helsetjenester. Legeforeningen deler ikke fremstillingene i kommisjonens utredning om at Norge bruker for mye av de samlede ressursene og ligger høyt sammenlignet med

¹ Resterende 23 prosent fordeler seg på kategoriene Legemidler og medisinsk forbruksmateriell, Støttetjenester, Forebyggende helsearbeid og Helseadministrasjon.

² Morgan, D., M. Gmeinder and J. Wilkens (2017), "An OECD analysis of health spending in Norway", *OECD Health Working Papers*, No. 91, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/63302bbf-en>.

andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Kommisjonen skriver selv at utgifter til helsepersonell utgjør en betydelig andel av de totale utgiftene, noe Menon Economics bekreftet i sin rapport om temaet fra 2017 ³, og i overnevnte OECD-rapport. Dette henger sammen med at Norge har et høyt velstandsnivå og sammenlignbart høyt utdanningsnivå, mye takket være oppbygging av velferdsnasjonen slik vi kjenner den og inntekter fra olje og gass.

Dette betyr ikke at Legeforeningen er uenig i at man skal utnytte ressursene i helsetjenesten best mulig, men at Norge både kan og må investere mer i helsetjenesten. En sterk offentlig helsetjeneste muliggjør verdiskapning i seg selv gjennom arbeidsplasser, økt levetid og bedre livskvalitet i befolkningen.

Kapittel 3: Organisering av helse og omsorgstjenestene og godkjenningsordninger for helsepersonell

Legeforeningen mener:

- Avtalespesialistene er en viktig og integrert del av spesialisthelsetjenesten og ordningen bør videreutvikles for å utnytte kapasiteten på best mulig vis.

Avtalespesialistordningen vies liten plass i teksten og Legeforeningen ønsker her å fremheve avtalespesialistenes rolle i den offentlige helsetjenesten. Avtalespesialistordningen er en viktig del av den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten, og ordningen gir gode muligheter for en effektiv drift med korte beslutningsveier og mulighet til å bruke annet personell på en slik måte at legene får mest mulig pasientkontakt. 20 til 25 prosent av alle offentlige polikliniske kontakter skjer hos avtalespesialister, i noen fag er det over 50 prosent.

Avtalespesialister ser vanligvis en stor bredde av problemstillinger innenfor sitt fag, og ser langt flere pasienter per dag enn man kan få til på en sykehuspoliklinikk der legene også har andre oppgaver.

En satsing på avtalespesialister vil være med på å avlaste sykehusene. Samhandlingen med primærhelsetjenesten er god, og mange fastleger har godt samarbeid med avtalespesialister som de henviser til med direkte kommunikasjon. Ordningen gir kontinuitet og mulighet for at samme lege følger opp kronikere over tid. Avtalespesialistordningen innebærer også mulighet for at desentraliserte spesialisthelsetjenester kan tilbys steder hvor det ellers er stor avstand til sykehus.

Det er derfor viktig å kontinuerlig utvikle samarbeidet mellom helseforetak og avtalespesialister for å oppnå bedre ressursutnyttelse.

³ Skogli et. al. (2017), "Bruker vi for mye på helse?", *Menon Economics*, Nr 6/2017, [Bruker vi for mye på helse? - Menon Economics](#)

Kapittel 5: Utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell

Legeforeningen mener:

- Det er en alvorlig mangel ved utredningen at kommisjonen ikke foreslår noen tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell.
- Det er av stor betydning at de ansatte opplever at helsetjenesten er en attraktiv arbeidsplass og velger å stå lenge i jobben. Nøkkelfaktorene her er fornuftige arbeidsbelastninger, opplevd autonomi for de ansatte, arbeidstidsordninger som er forenlig med å ha familie og barn, velfungerende ledelse, faglig progresjon og tilfredsstillende lønnsvilkår.

I kapittel 5 beskriver og diskuterer kommisjonen utfordringene med å rekruttere og beholde helsepersonell, altså to av de tre områdene hvor regjeringen særlig har bedt kommisjonen om å fremme treffsikre tiltak. Dette kapittelet framstår derfor som en sentral del av utredningen.

Etter Legeforeningens oppfatning inneholder kapittelet til dels gode og treffende beskrivelser. Kommisjonen gir en overbevisende dokumentasjon på de betydelige rekrutteringsutfordringene både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Særlig er det problemer med å rekruttere sykepleiere, fastleger og psykiatere, og utfordringene har økt for flere yrkesgrupper i løpet av de siste årene.

Kommisjonen dokumenterer også at turnover er en betydelig utfordring i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En av fem sykepleiere jobber ikke lenger som sykepleier 10 år etter at de var ferdig med utdannelsen. Turnover blant kommunalt ansatte leger i primærhelsetjenesten er på over 30 prosent. I spesialisthelsetjenesten er det noe mindre turnover, men kommisjonen dokumenterer samtidig at det er et problem, særlig blant psykologer og i noen helseforetak.

Sett i lys av både mandatet og det kunnskapsgrunnlaget som kommisjonen presenterer, mener Legeforeningen det er oppsiktsvekkende at den ikke lanserer noen tiltak, men bare deskriptivt oppsummerer funnene sine.

Dette blir heller ikke gjort andre steder i utredningen. På side 16 framgår det at kommisjonens tiltak er strukturert rundt seks områder, men å rekruttere og beholde helsepersonell er ikke en del av disse punktene. Dette innebærer at kommisjonen ikke har fremmet noen egne tiltak som gir en retning for to av områdene som direkte følger av mandatet. Legeforeningen mener dette er en alvorlig mangel ved utredningen.

At kommisjonen selv ikke fremmer tiltak som særlig retter seg mot å rekruttere og beholde helsepersonell, gjør det utfordrende for høringsinstansene og deretter departementet å ta stilling til hva som bør gjøres for både å avdempe og overvinne de betydelige utfordringene som er beskrevet i dette kapittelet.

Etter Legeforeningens oppfatning står utfordringene med å rekruttere og beholde helsepersonell i nær sammenheng med å skape gode arbeidsmiljøer hvor de ansatte blir ivaretatt, verdsatt og opplever at helsetjenesten er en attraktiv arbeidsplass og derfor velger å arbeide der lenge. En fornuftig arbeidsbelastning, opplevd autonomi, arbeidstidsordninger som er forenlig med å ha familie og barn, velfungerende ledelse, faglig progresjon og tilfredsstillende lønnsvilkår vil her være nøkkelfaktorer. Bruk av lønn som virkemiddel vil etter Legeforeningens oppfatning særlig være viktig i rekrutteringssvake avdelinger og spesialiteter.

Legeforeningens erfaring er at offentlige helsetjenester i dag framstår som mindre attraktive arbeidsplasser enn tidligere. En viktig forklaring på rekrutteringsutfordringene, særlig etter 2016, er en kraftig reduksjon i arbeidsledighet, og at den norske kronen er svekket. Dette har medført at offentlige virksomheter i større grad enn tidligere må konkurrere om arbeidskraften, både innenlands og utenlands. Det er uheldig at kommisjonen unnlater å vurdere om den offentlige helsetjenesten har iverksatt nødvendige tilpasninger for å være konkurransedyktig i et arbeidsmarked som har endret seg.

Legeforeningen mener også at kommisjonen i dette kapittelet burde ha gjort rede for hva ledelsen i virksomhetene kan gjøre for å legge til rette for å rekruttere og beholde helsepersonell. En del av denne diskusjonen handler også om endringer initiert av arbeidsgiver som har bidratt til å svekke rekrutteringen og som fører til at ansatte opplever manglende motivasjon til å stå i jobben.

Kapittel 6: Helsepersonellkommisjonens tolkning av utfordringer knyttet til fremtidig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene

Legeforeningen mener:

- Oppgavedeling gjennom riktig kompetanse på rett plass er viktig, men samtidig utfordrende å få til innenfor dagens rammer.
- Bygg må utformes og organiseres slik at helsepersonell får arbeide mest mulig effektivt – ikke løpe raskere.
- Nye IKT-løsninger må være brukervennlige, og understøtte effektive arbeidshverdager i klinikken.
- Tidstyvene må bort – og sykehusene må ansette mer støttepersonell på seksjons- og avdelingsnivå.
- Det må fremmes tiltak som forbedrer arbeidsmiljøet, reduserer sykefraværet, øker andelen heltidsstillinger og at helsepersonell kan være i jobb hele yrkeslivet.

Kommisjonen legger til grunn at vi bør sikte mot lav vekst av helsepersonell fremover. Kommisjonen skriver ikke klart hva dette innebærer, men omtaler i kapittel 2 at det "anbefales ikke en vesentlig vekst i andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten." Legeforeningen har liten tro på at lav vekst, eller null vekst, av personell til helse- og omsorgstjenesten er realistisk, all den tid utviklingen frem til nå har vært lik med høyvekst-alternativet. Derimot kan et ensidig fokus på å begrense antall helsepersonell i ytterste konsekvens få uante følger, blant annet ved å være antirekrutterende og føre til nedskjæringer i allerede pressede økonomiske situasjoner. Det er likevel både riktig og ønskelig å sette i gang tiltak som gjør at helsepersonells kompetanse utnyttes bedre og Legeforeningen støtter at det må kontinuerlig arbeid til for å oppnå en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste.

Dette kan derimot ikke bety at personellet skal "løpe raskere," men at rammene rundt må tilrettelegges for at helsepersonell kan arbeide mest mulig effektivt. Ei heller er det synonymt med sparetiltak. For å oppnå en mer bærekraftig, trygg, effektiv og virksom helse- og omsorgstjeneste for befolkningen mener Legeforeningen at rammene rundt hver enkelt helsepersonells yrkesutøvelse må

tilrettelegge for en mest mulig effektiv arbeidshverdag. Det er derfor helt nødvendig å investere i helse- og omsorgstjenesten i dag for en bærekraftig fremtid.

Med bakgrunn i dette deler ikke Legeforeningen synet på det som i den offentlige diskursen fremstår som hovedbudskapet til kommisjonen, nemlig at helsesektoren må vike av hensyn til andre sektorer. Dette legges til grunn allerede i utredningens innledning, og i den offentlige diskursen etableres det som et tilsynelatende ufravikelig prinsipp. Legeforeningen kan ikke se at det følger av kommisjonens mandat eller oppgave å prioritere hvilke samfunnssektorer som skal tilgodeses foran andre. Fokuset bør derimot være på hvordan vi skal møte den fremtidige utviklingen og løse de utfordringene vi vil stå overfor.

Legeforeningen mener helsetjenesten må ha gode arbeidsforhold for helsepersonell. Dette inkluderer, men er ikke begrenset til, tjenlige og fleksible bygg, brukervennlige IKT-løsninger, gode arbeidsvilkår, og faglig begrunnet oppgavedeling. Legeforeningen mener at befolkningens behov for helse- og omsorgstjenester må være førende for fremtidig organisering og dimensjonering av den offentlige helsetjenesten.

Kapittel 7: Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Legeforeningen mener:

- Forslaget om en omorganisering av helse- og omsorgstjenesten til ett nivå er utenfor kommisjonens mandat.
- Rekrutteringsutfordringer som følge av anstrengt økonomi, fravær av stedlig ledelse og forringede arbeidsvilkår kan føre til en sentralisering som verken er styrt eller ønsket, og kan svekke beredskap og tillit i befolkningen.
- Sykehusstrukturen må utvikles som følge av endringer i tjenestene og i samfunnet for øvrig, gjennom en kontinuerlig utvikling og innenfor nåværende nivådeling.
- Det er en svakhet ved utredningen at den ikke foreslår tiltak for å rekruttere og beholde fastleger, da mandatet var å foreslå treffsikre tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert personell i hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonellkommisjonen er bedt om å se nærmere på samhandlingen innenfor og mellom de ulike delene av helse- og omsorgssektoren og strukturelle hindringer for effektiv ressursutnyttelse. Det er på denne bakgrunn kommisjonen finner det naturlig å uttale seg om den overordnede organiseringen av hele helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen ser utfordringene knyttet til organisering på to tjenestenivå og er enig i at hensiktsmessig organisering og god samhandling bidrar til gode tjenester og effektiv ressursutnyttelse. Vi kan imidlertid ikke se at det er tilstrekkelig grunnlag for å hevde at en organisering med ett nivå vil bli verken billigere eller bedre. Legeforeningen ser heller ikke at det er relevant for kommisjonen å gi sterke føringer om dette, gitt kommisjonens mandat.

Det foregår allerede mye godt samarbeid mellom nivåene som det kan bygges videre på. Helsefellesskapene er ganske nylig etablert. Formålet er å sørge for at pasienter som har behov for

tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjeneste skal få sammenhengende, helhetlige, og kvalitativt gode tjenester. I dette ligger etablering av gode samarbeidsrutiner mellom de ulike aktørene i pasientforløpene. Helsefelleskapene er i starten av sitt arbeid. Før det tas stilling til utredning av en helt annen organisering må godt arbeid som er i gang få utvikles og bli evaluert.

Kommisjonen begrunner utredning av sykehusstrukturen med rekrutteringsutfordringer på mindre sykehus og økende grad av spesialisering. Kommisjonen mener mindre sykehus trenger generalister og foreslår derfor å korte ned legers spesialiseringsopphold på et større sykehus for å få de raskere tilbake til lokalsykehuset. Sykehusene må legge til rette for gode utdanningsløp og ikke bli fristet til å akseptere snarveier av bemanningshensyn. Universitetssykehusene skal gi faglig og praktisk støtte til de mindre sykehusene i regionen. Hensiktsmessig utdanning av de spesialistene som regionen og de enkelte virksomhetene trenger er en del av den støtten. Befolkningen skal ha tilgang til både generalist- og spisskompetanse.

Sykehusstrukturen vil også avhenge av hvilke sykehus som vil klare å legge til rette for gode arbeidsforhold for de ansatte, og derigjennom både beholde og rekruttere helsepersonell.

En velfungerende allmennlegetjeneste er en forutsetning for å kunne tilby helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet i hele landet. Helsepersonellkommisjonen peker på at det er store utfordringer med rekruttering av leger til fastlegeordningen, at mange fastleger har høyt arbeidspress, og at et økende antall innbyggere mangler fastlege. Kommisjonen anerkjenner også fastlegenes portvokterfunksjon som kritisk viktig for å oppnå en bærekraftig helsetjeneste. Dette blir imidlertid ikke fulgt opp med forslag til tiltak.

Selv om det kommer en egen utredning om allmennlegetjenesten, mener Legeforeningen at en kommisjon som skal se på helheten også burde ha foreslått tiltak på dette området. Det er helt sentralt at regjeringen legger til rette for at legene i kommunene sikres en forsvarlig arbeidstidsordning, og at kommunene kan ha vaktordninger lokalt som er bærekraftige for legene. Det vil øke muligheten for at leger ønsker å bosette seg i distriktene og at innbyggerne får en stabil fastlegetjeneste.

Ved lavt befolkningsgrunnlag og lang avstand til sykehus sørger allmennlegetjenesten for helsetjenester som i mer tettbygde strøk ivaretas av spesialisthelsetjenesten. Sykehusstrukturens utvikling vil påvirkes både av allmennlegetilbudet i det aktuelle området, deres samhandling med spesialisthelsetjenesten og av samhandlingen sykehusene imellom.

Kapittel 8: Oppgavedeling

Legeforeningen mener:

- Faglig begrunnet oppgavedeling er viktig for å sikre at man får rett kompetanse, på rett plass, til rett tid.
- Laget og kompetansen rundt de skrøpelige eldre må styrkes. Primærhelsetjenesten, fastlegene og sykehjemslegene er helt sentrale aktører. Antall utdanningsstillinger i geriatri må økes.
- Spesialistutdanningen må ivareta behovet for både generalist- og spisskompetanse.

Legeforeningens medlemmer har gjennom mange år fått erfare at reduksjonen i merkantilt personell, helsesekretærer og helsefagarbeidere har gjort det vanskeligere å jobbe effektivt. For lederne har det vært vanskelig å gjeninnføre disse yrkesgruppene uten å redusere andre årsverk. Det har gjort det vanskelig å bemanne i henhold til kompetansebehov for oppgaveutførelse. Legeforeningen støtter Helsepersonellkommisjonens anbefalinger for riktig oppgavedeling, og erkjenner samtidig at det gitt dagens rammebetingelser ikke er lett å gjennomføre i praksis.

Legeforeningen er enig i at oppgavedeling må begynne nedenfra og opp, og må omfatte alt personell. God oppgavedeling er nødvendig for å sikre rett kompetanse på rett sted. Det vil gi høyspesialisert personell tid og rom til å fokusere på oppgaver de er utdannet til å gjøre. Eksempelvis er diagnostikk en egen kompetanse, mens gjennomføring av tekniske prosedyrer i mange tilfeller kan omfordeles til annet personell, forutsatt at de får riktig opplæring og supervisjon. I en uselektert pasientpopulasjon er det vesentlig at nyoppståtte og uavklarte symptomer vurderes av lege med bred differensialdiagnostisk kompetanse. I likhet med kommisjonen mener Legeforeningen at oppgavedeling ikke kan stå i veien for utdanningen av helsepersonell.

Legeforeningen støtter at helsepersonell på frivillig basis skal kunne ha kombinerte stillinger, både innad i en virksomhet og mellom virksomheter. Kombinerte stillinger handler om mange ulike kombinasjoner og avtaler. For sykepleiere har det gjerne handlet om mulighet for 100 prosent stilling. For leger oftest en kombinasjon mellom helsetjeneste og universitet/høyskole, eventuelt ambulerende virksomhet etter avtale. Hva gjelder fleksibilitet i bemanning fungerer det best når de med høyest kompetanse er de som stepper inn ved behov. F.eks. mener vi det er en dårlig idé å oppbemanne intensivenhetene med helsepersonell uten relevant kunnskap og erfaring når det virkelig er travelt. Legeforeningen mener begrepet "Hus- og hytte" er overflødig og ikke trenger å bli med videre.

Styrking av primærhelsetjenesten er et effektivt tiltak for god helse på befolkningsnivå.⁴ Dette er godt dokumentert og noe kommisjonen burde vært tydeligere på i sine anbefalinger knyttet til oppgavedeling. Legeforeningen savner en grundigere behandling av fastlegeordningen i kommisjonens utredning.

⁴ Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Legeforeningen støtter kommisjonens forslag til tiltak for:

- Tydeliggjøring av kommuneoverlegens rolle, slik vi har beskrevet det i våre innspill til hhv. Nasjonal helse- og samhandlingsplan og Folkehelsemeldingen⁵⁶
- Samarbeid med brukerorganisasjoner i informasjonsarbeid, lærings- og mestringsarbeid.
- Satsning på utdanning av helsefagarbeidere i helseforetak og kommuner.
- Kommisjonens uttalelser om betydningen av tjenlige sykehusareal, både for produktivitet, fleksibilitet og godt arbeidsmiljø hvor ansatte trives og ønsker å bli værende.

Legeforeningen støtter ikke kommisjonens forslag til tiltak for:

- Tildeling av kr. 300 millioner årlig i 10 år til program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling.

Legeforeningen er positiv til og støtter intensjonen om å stimulere til prosjekter som kan frembringe ny kunnskap om effektiv organisering og riktig oppgavedeling. Tildeling av flere hundre millioner kroner i 10 år fremover synes som lite kvalitetssikret bruk av samfunnets ressurser og Legeforeningen er usikker på nytteverdien. Det finnes allerede mye kunnskap som kan prøves ut.

Legeforeningen er opptatt av god og reell involvering av tillitsvalgte og verneombud i planlegging av nye sykehusbygg. Det må læres av erfaringer fra byggeprosjekter hvor det har blitt for trangt for både pasientene og de ansatte.⁷ Framskrivingsmodellene må justeres fortløpende. Ivaretagelse av et godt arbeidsmiljø må være en del av oppdraget og vi viser her til Legeforeningens innspill til kommisjonens utredning kapittel 5 og 9.

Den medisinske utviklingen og ny spesialiseringsordning for leger går mot økt subspesialisering i spesialisthelsetjenesten. Kommisjonen peker på behovet for generalister, særlig på de mindre sykehusene. Den foreslår blant annet å korte ned på den delen av spesialiseringen som foregår på store sykehus, så legene raskt kan komme tilbake til lokalsykehuset. Utviklingen går heller motsatt vei, dvs. at det for mange er behov for lenger tid på større sykehus for å tilegne seg både generell kompetanse og den nødvendige subspesialiseringen som kreves i spesialisthelsetjenesten, også på mindre steder. Med økende subspesialisering må man skille på hvilke tilbud det er viktig å ha nært pasienten og hvilke tjenester det faktisk er fornuftig å sentralisere selv om det betyr lengre reisevei for en del av pasientene. Dette foregår gjennom dialog i fagmiljøene og mellom sykehusene i en region.

Ikke alle pasientgrupper har brukerorganisasjoner som taler deres sak eller bidrar med informasjon og støtte. Det er viktig at disse gruppene identifiseres og ivaretas i den offentlige helse- og omsorgstjenesten, så tiltak ikke bidrar til ytterligere forskjellsbehandling og nedprioritering av svake grupper.

⁵ Legeforeningen (2022). [Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

⁶ Legeforeningen (2022). [Legeforeningens innspill til neste folkehelsemelding](#)

⁷ Agenda Kaupang (2022) *Kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus*. R-1022029. [Kartlegging av beslutningsprosessene knyttet til Nye Kirkenes og Nye Hammerfest sykehus \(legeforening.no\)](#)

Kapittel 9: Arbeidsforhold og arbeidstid

Legeforeningen mener:

- Flertallets forslag om å be myndighetene iverksette lovendringer som sikrer arbeidsgiver økt styringsrett over arbeidstidsordningene frarådes på det sterkeste.
- Flertallets forslag undergraver og står i motstrid til kommisjonens egne beskrivelser om blant annet behovet for godt arbeidsmiljø, medbestemmelse og trivsel på arbeidsplassen.
- Legeforeningen oppfordrer departementet i stedet til å fremme tiltak som forbedrer arbeidsmiljøet, reduserer sykefraværet, øker andelen heltidsstillinger og får helsepersonell til å stå lenger i jobb.

Legeforeningen vurderer at kommisjonen i dette kapittelet i hovedsak har levert mange treffende beskrivelser av ulike forhold knyttet til arbeidsmiljø og arbeidstid for ansatte i helsesektoren. Gjennom redegjørelsene løfter kommisjonen fram en rekke punkter som er sentrale for den overordnede målsettingen om å rekruttere og beholde helsepersonell.

Legeforeningen vil særlig trekke fram følgende forhold som blir solid dokumentert:

- At den høye andelen av deltidsstillinger har mange og uheldige virkninger for arbeidsmiljøet og kvaliteten i helsetjenesten.
- Betydningen av å ha et godt arbeidsmiljø og at virksomhetene systematisk legger til rette for at ansatte utvikler og oppdaterer sin kompetanse.
- At det er en betydelig utfordring at sykefraværet i helsetjenestene er høyere enn i arbeidslivet generelt.
- At mange og store grupper helsepersonell slutter tidlig i arbeidslivet, og at ordninger som bidrar til at helsepersonell kan stå lenger i jobb, er en viktig og sentral faktor for å sikre nok helsepersonell i årene framover.

Alle disse punktene gjelder områder hvor helseinstitusjonene i mindre grad er underlagt ramme faktorer og utviklingstrekk de ikke rår over, men hvor de selv i stor grad har mulighet til å endre forholdene til det bedre.

Det er ikke en naturlov at mange arbeidsplasser i helseinstitusjonene skal være preget av dårlig arbeidsmiljø, manglende tilrettelegging for kompetanseutvikling, høyt sykefravær og tidlig jobbavgang. Dette handler om kulturen i virksomhetene, om ansattes medbestemmelse og innflytelse over egen arbeidshverdag, det handler om trivsel på arbeidsplassen, velfungerende stedlig ledelse, gode arbeidstidsordninger og i vid forstand verdsettelse av de ansatte.

Med dette som utgangspunkt, mener Legeforeningen det både er besynderlig og overraskende at kommisjonen ikke har løftet fram noen tiltak som adresserer de mange alvorlige og negative trekkene de selv med tyngde har beskrevet i dette kapittelet.

Tiltaket flertallet i kommisjonen i stedet har valgt å fremme, er å be myndighetene iverksette lovendringer som sikrer arbeidsgiver økt styringsrett over arbeidstidsordningene, uten å involvere de ansatte og tillitsvalgte. En slik konklusjon framstår som løstrevet og lite konsistent sett i lys av de forhold som kommisjonen dokumenterer i kapittelet.

Etter Legeforeningens oppfatning vil flertallets forslag medføre at de ansattes innflytelse på arbeidstidsordningene i betydelig grad blir svekket. Forslaget vil også ha negativ betydning for arbeidsmiljø og ansattes trivsel, og vil bidra til å forsterke de mange uheldige utviklingstrekkene som kommisjonen selv har påpekt i sin utredning. Forslaget vil derfor virke mot sin hensikt.

Legeforeningen vil derfor fraråde dette forslaget på det sterkeste.

Kapittel 10: Utdanning og kompetanseutvikling

Legeforeningen mener:

- At Norge må utdanne en langt større andel av sine egne leger.
- At deler av medisinstudiet kan foregå utenfor universitetsbyene, forutsatt fortsatt universitetstilknytning, tilgang til leger med akademisk kompetanse og leger med klinisk relevant kunnskap og erfaring.
- At antall LIS1-stillinger må økes tilsvarende behovet, så legene kan komme i gang med sine spesialiseringer.
- Det må komme tydeligere frem hvordan videre- og etterutdanning kan bli en prioritert oppgave i en driftsfokusert helse- og omsorgstjeneste.

Legeforeningen støtter i hovedsak kommisjonens anbefalinger og forslag til tiltak om utdanning og kompetanseheving slik de fremkommer i kapittelet.

Dimensjoneringen av antall studieplasser må ses i forhold til både nasjonale behov og internasjonale forpliktelser. Nær halvparten av yrkesaktive leger i Norge er utdannet i utlandet. Samtidig oppfordrer WHO-koden, som Norge har forpliktet seg til å følge, alle land til å utdanne sitt eget helsepersonell.

Medisinstudiene i Norge må være integrerte studieløp som følger internasjonale, kunnskapsbaserte anbefalinger for medisinsk utdanning. Dette lar seg best realisere gjennom hele grader. Legeforeningens spesialitetskomiteer har en forskriftsfestet rolle og skal gi faglige råd til Helsedirektoratet i saker om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning. Legeforeningen viser til både spesialitetskomiteens oppgaver og forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.^{8 9}

En flaskehals i etablering av flere studieplasser i medisin, er tilgang på praksisplasser i klinikken. For å nå målet om å utdanne 80 prosent av våre egne leger må deler av studiet kunne foregå utenfor universitetsbyene. En slik løsning må ivareta universitetstilknytning og tilhørighet til et felles studiemiljø. Legeforeningen understreker at desentraliserte løsninger krever tilgang til kvalifisert vitenskapelig personell, og personell med solid og relevant klinisk erfaring. En annen flaskehals er tilgangen på LIS1-stillinger. Det er meningsløst at spesialiseringssløp forsinkes med flere år i en

⁸Legeforeningen (2021). Spesialitetskomiteens oppgaver. [Spesialitetskomiteens oppgaver \(legeforeningen.no\)](https://spesialitetskomiteens-oppgaver.legeforeningen.no)

⁹Spesialistforskriften (2016) Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) <https://lovdata.no/forskrift/2016-12-08-1482>

tjeneste som i økende grad mangler spesialister innen flere fagfelt. Antallet LIS1-stillinger må økes tilsvarende behovet.

Det er positivt at kommisjonen anbefaler et utvidet tilbud om kompletterende utdanning for personer med helseutdanning fra utenfor EØS. Legeforeningen har arbeidet for at det lages egne kompetansehevende og tilpassede løp for leger som kommer til Norge med spesialitet og/eller klinisk erfaring fra andre land.

Det er også positivt at kommisjonen i punkt 10.13 vektlegger livslang læring. Her vises det til fire innsatsområder. Likevel savnes et punkt som omhandler rammebetingelser som muliggjør videre- og etterutdanning i en driftsfokusert helse- og omsorgstjeneste. Hvordan skal livslang læring få prioritet og faktisk være mulig å gjennomføre i hele tjenesten? Utdanningen av helsepersonell kan ikke bli et sparetiltak slik det nå er flere steder.

Kapittel 11: Prioritering og reduksjon av overbehandling

Legeforeningen mener:

- Prioritering i helse- og omsorgstjenesten må være faglig forankret og begrunnet.
- Det virker naivt å mene at en holdningsendring både i befolkningen og hos kommersielle private tilbydere vil motvirke fremveksten av kommersielle private helsetjenester.

Norsk helsetjeneste har en sterk prioriteringstradisjon. Det er prisverdig at utredningen har et kapittel om prioritering og overbehandling. Legeforeningen er opptatt av disse spørsmålene.

Kapittelet er skrevet med en forutsetning om at sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten ikke skal øke. Det slås også fast at det tilbys et betydelig omfang av unødvendige helse- og omsorgstjenester i regi av den offentlige helsetjenesten.

Legeforeningen deler ikke Helsepersonellkommisjonens fremstilling av situasjonen, dvs:

- at det ikke kan bli noe vekst i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten.
- at unødvendige helsetjenester har et slikt omfang at en bedring vil ha store konsekvenser for personellbehov og kostnader i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen deler kommisjonens ønske om reduksjon i tjenester som ikke gir helsegevinst, basert på nytte og alvorlighet i tillegg til ressursbruk. "Gjør kloke valg"-kampanjen representerer et nedenfra og opp perspektiv, hvor fagmiljøene selv har regien. Anbefalingene er frikoblet fra mulige innsparinger ved tiltakene.

Legeforeningen erfarer samtidig at behandlingstilbudet er for svakt for en rekke tilstander. Det gjelder i særlig grad tilbudet til eldre og alvorlig psykisk syke.

Legeforeningen er opptatt av å redusere variasjon i tjenestene der den er uberettiget. Det var også motivasjonen for utarbeidelsen av Barnehelseatlas som det vises til i utredningen. Kommisjonen har laget et regnestykke på hvor mye som kan spares og hvor mange færre ansatte man kan klare seg med hvis alle barneavdelinger la inn like få pasienter som det universitetssykehusene gjør. Det er et

godt eksempel på hvor feil det blir når variasjoner med komplekse årsaksforhold løses utelukkende med en ovenfra og ned tilnærming. Det bør bli flere innleggelser når syke barn tas imot av LIS1 versus en erfaren LIS2 i pediatri. Regneøvelser som det her er vist til svekker utredningens seriøsitet.

Helsepersonellkommisjonen skriver om risiko for økning i private helsetjenester hvis det offentlige reduserer sitt tjenestetilbud. Det virker naivt å mene at en holdningsendring både i befolkningen og hos kommersielle private tilbydere vil motvirke fremveksten av kommersielle private helsetjenester. Legeforeningen mener det er en politisk oppgave å trygge befolkningen på at det bygges en helsetjeneste som er robust nok til at befolkningen kan stole på at de også i fremtiden vil få den hjelpen de trenger i den offentlige helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen støtter forslag til tiltak om å:

- Styrke og bruke faglige nettverk for å få bedre innsikt om god praksis.
- Utrede virkninger for personellbehov ved endringer i politikk og pasientrettigheter i helse- og omsorgstjenesten.
- Forbedre statistikken knyttet til private helse- og omsorgstjenester, inkludert bruk av innleie av helsepersonell i kommuner og helseforetak.
- Gjennomgå DRG-takstene.

Legeforeningen støtter ikke forslag til tiltak om å:

- Øke egenbetaling for ikke prioriterte tjenester.
 - (Tjenester som defineres som ikke prioriterte skal som hovedregel ikke tilbys).
- Ta bort finansiering for helsetjenester forårsaket av feilbehandling
 - (Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i tjenesten inkluderer ikke økonomiske straffetiltak).

Kapittel 12: Digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenestene

Legeforeningen mener

- Innføring av nye digitale systemer må ha fokus på å lette arbeidshverdagen til helsepersonell innenfor dagens bemanning, ikke komplisere den.
- Innføringen av nye digitale systemer må gjøres basert på en grundig kost-nytte-vurdering, og ikke med et ensidig fokus på å kutte ned på antall personell.
- Digitalisering som foregår utenfor sektoren, men som påvirker helsepersonell, må involvere helsetjenesten og finne kompromisser som ikke reduserer helsetjenestens kapasitet.

Legeforeningen støtter kommisjonens edruelige fremstilling av hvilken effektivisering digitalisering av helsesektoren kan ha og hvilke utilsiktede virkninger vi må unngå. Mange digitaliseringsprosjekter har så langt vist liten effekt og uheldige bieffekter. Det er viktig at også IKT-prosjekter i fremtiden vurderes nøye med tanke på dette og alternativkostnadene ved innføring av nye systemer. Det er positivt at kommisjonen legger opp til at større IKT-prosjekter følges av evaluering og forskning, men finansieringen bør gå gjennom virksomhetene som har ansvar for tjenestene.

Spesialisthelsetjenesten har strukturer som arbeider med kunnskapsbasert innføring av nye metoder. Det bør utvikles slike arbeidsmåter også for kommunehelse- og allmennlegetjenesten.

Digitalisering bør ikke innføres bare fordi det er mulig eller genererer potensielt nyttige data, men basert på en grundig kost-nytte-vurdering der man legger vesentlig vekt på i hvilken grad nye digitale systemer vil legge beslag på helsepersonellens tid - "Time needed to treat"¹⁰. Både tidsbruken og alternativkostnaden ved at helsepersonellet dermed ikke kan utføre oppgaver de utfører i dag, må veies inn i vurderingen av om digitaliseringstiltak skal iverksettes. Spesielt "Digital hjemmeoppfølging" og "Digitale behandlingsplaner" er områder der nytten er lite dokumentert, men bivirkningene kan være store både for pasienten og for tidsbruken til helsepersonell.

Kommisjonens hovedpoeng er at i årene som kommer vil tilgangen til helsepersonell være en større begrensning enn tilgangen til ressurser/penger. Konsekvensen av dette må være å flytte fokus fra kostnadskontroll og prosess-styring til tilrettelegging for og ivaretagelse av helsepersonellet slik at de forblir i tjeneste og har kapasitet til å behandle så mange pasienter som mulig. Digitaliseringen må forenkle helsepersonellens arbeidshverdag. Leger og annet helsepersonell må involveres i stor grad i alle faser av prosjektene. Man bør se hen til legeforeningens dokument Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten¹¹.

Legeforeningen savner en omtale av hvordan helsetjenesten påvirkes av digitaliseringen utenfor sektoren. Digitalisering av NAV, HELFO, Arbeidstilsynet, statsforvaltere, Statens vegvesen, barnevern og andre virksomheter må ikke flytte manuelt arbeid og oppgaver til den utøvende helsetjenesten, mens virksomhetene selv automatiserer og effektiviserer. Rapportering for helsepersonell må automatiseres og forenkles.

Det er behov for et "Brukervennlighetsløft" der alle systemer i drift, samt nye, optimaliseres for å redusere unødige klikk og brukeroparasjoner. Til dette ligger også stram dataminimering for å unngå unødig tidsbruk på lav-verdi datarapportering, nærmere beskrevet i "*Innspill fra Legeforeningen - Digitalisering i nasjonal helse- og samhandlingsplan*"¹²

Alle nye IKT-systemer medfører en investeringspukkel til innkjøp og klinikertid som går med til utvikling og innføring. Nye IKT-prosjekter må finansiere disse kostnadene. Kommisjonen vektlegger at digitaliseringsprosjekter skal redusere behovet for bemanning. Denne formuleringen skaper en ofte urealistisk forventning om nedbemanning i forlengelsen av ethvert IKT-prosjekt, og mange tiltak finansieres med urealistiske forventninger om nedbemanning. Det skaper et motsetningsforhold mellom klinikere og ledelse/administrasjon. I stedet bør man legge til grunn at digitalisering skal øke kapasiteten til klinisk arbeid hos personellet man allerede har innenfor dagens bemanning. Arbeidsoppgaven blir sjelden borte; som oftest er den flyttet fra en gruppe til en annen. Da er det behov for å flytte menneskene etter oppgaven.

¹⁰ Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat BMJ 2023; 380 :e072953 doi:10.1136/bmj-2022-072953

¹¹ Legeforeningen (2019). [Suksessfaktorer for digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten](#)

¹² Legeforeningen (2023) [Innspill fra Legeforeningen – Digitalisering i nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

Legeforeningen støtter kommisjonens forslag til tiltak for:

- Utvikling av nye utdanningstilbud og stipendiatstillinger innenfor helseinformatikk.
- At effektiviseringstiltak først og fremst må settes inn der de kan avlaste helsepersonell fra ikke-pasientnære oppgaver, og i mindre grad redusere helsepersonellens tid sammen med pasienter.

Legeforeningen er usikre på om kommisjonens forslag vil ha nødvendig effekt:

- At det avsettes 500 millioner kroner årlig til et forskningsprogram for utvikling av teknologi og innovative arbeidsprosesser for å redusere behovet for arbeidskraft. Det er behov for bedre evidens av nytten og bivirkninger, men Legeforeningen er usikre på om innretningen som foreslås er den riktige.

Kapittel 13: Helsepersonellkommisjonens vurderinger av fremtidig personellbehov

Legeforeningen mener:

- Norge kan ikke være avhengig av import av helsepersonell fra utlandet.
- Innføringen av allment samfunnsbidrag er ikke ønskelig, hverken nå eller i fremtiden.

Legeforeningen støtter kommisjonens vurdering, og er enig i at Norge ikke bør importere helsepersonell fra utlandet. Like fullt ønsker Legeforening å understreke at de som velger å jobbe i Norge må få like gode arbeidsvilkår og rammer som sine norske kollegaer.

Legeforeningen støtter ikke etablering av norske helseutdanninger i utlandet for utenlandske studenter, med samme begrunnelse som kommisjonen.

Legeforeningen støtter ikke innføringen av obligatorisk, allment samfunnsbidrag, hverken nå eller i fremtiden. Foruten at Legeforeningen ikke kan se at det finnes særlig grunn til å tillate et slikt inngripende tiltak i innbyggernes liv, er det vanskelig å se for seg at man vil få motivert arbeidskraft gjennom å tvinge de inn i helsetjenesten. På sikt kan dette virke antirekrutterende på unge som kanskje ville gått den veien senere, men får det dratt over hodet på seg gjennom en "verneplikt."

Kapittel 14: Økonomiske og administrative konsekvenser

Legeforeningen mener:

- Kostnader relatert til bygg og medisinsk teknisk utstyr må med i en kostnadsanalyse.

Kapittel 14 skal gjøre rede for økonomiske og administrative kostnader ved gjennomføringen av kommisjonens forslag til tiltak. Likevel er kostnader av å legge produktivitet til grunn ved planlegging av bygg og investering i medisinsk teknisk utstyr ikke tatt med i kostnadsanalysen.

Med de utfordringene som helsetjenesten står overfor i årene som kommer, er det nødvendig å utnytte ressursene best mulig. Riksrevisjonen undersøkte i 2021 tilstanden på bygg og medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene¹³. I rapporten kom Riksrevisjonen med en klar anbefaling om å vri ressursveksten fra personell, som er en knapp ressurs, til innsatsfaktorer som bygg og teknologi som kan reduserer det fremtidige arbeidskraftbehovet. Den viste også at dersom vi ikke lykkes med dette, vil det ha negative effekter for sykehusene, for arbeidsmiljøet til de ansatte og for pasientbehandlingen. Dette er investeringer med betydelig størrelse og viktig å få belyst inn i det videre arbeidet.

Avsluttende kommentarer

Kommisjonen skisserer et virkelighetsbilde som krever nyansering for å bidra til en opplyst offentlig diskurs, men utfordringene helse- og omsorgstjenesten står ovenfor er ikke ukjent for Legeforeningen. Samtidig mener Legeforeningen at det ikke følger av kommisjonens mandat eller oppgave å prioritere hvilke samfunnssektorer som skal tilgodeses foran andre. Dette er politiske prioriteringer og valg, hvor det til syvende og sist er befolkningen som avgjør gjennom stemmeseddelen. Hva kommisjonen mener her, kan derfor ikke legges til grunn som førende.

Derfor mener Legeforeningen at det er en alvorlig mangel ved kommisjonens utredning at det ikke fremmes tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Noe av det viktigste fremover vil nettopp være å beholde det helsepersonellet vi allerede har, og utfordringene med å rekruttere og beholde helsepersonell henger nært sammen med å skape gode arbeidsplasser. Legeforeningen mener derfor at kommisjonen bare delvis har svart ut sitt mandat om å komme frem til "treffsikke tiltak".

Legeforeningen erfarer at kommisjonens konklusjon om at helse- og omsorgssektoren ikke kan vokse *vesentlig* allerede blir lagt til grunn ute i tjenesten, uten at tiltakene følger med. At dette legges som premiss forut for at kommisjonens utredning er ferdig behandlet og før Nasjonal helse- og samhandlingsplan er lagt frem og behandlet av Stortinget, vil Legeforeningen fraråde.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Marlene Havn Sæther
rådgiver helsepolitikk

Dokumentet er godkjent elektronisk

¹³ Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinsk-teknisk utstyr Vedlegg 14 til [Dokument 3:2 \(2021–2022\)](#) Rapport