Framtidens helse- og omsorgstjenester

Motmelding til *NOU 2023: 4 Tid for handling*; kritiske merknader og nye analyser av premissene i innstillingen fra Helsepersonellkommisjonen

Innhold

Forord fra Motmeldingsteamet s. 4

Innledning s. 4

Bjarne Jensen og Lars Nestaas: Forsørgerbrøken fremover s. 6

Erling Holmøy: Helsepersonellkommisjonen mangler begrunnelse s. 11

Hans Erik Heier: Verdigrunnlag, bærekraft, privatisering. s. 19

Finn Olav Rolijordet: Om det økonomiske premisset s. 22

Lene Haug: En skremmende rapport s. 24

Randi Rosenqvist: Psykisk helsevern må få tid til å behandle pasienter s. 27

Marga van der Wal: Helsepersonellkommisjonens rapport er kvinnefiendtlig s. 29

Christian Grimsgaard: Ingen tid for handling s. 30

Magnus Marsdal: Aktiv dødshjelp s. 32

Hans Erik Heier: Et sykdomstegn: administrasjonen eser ut s. 33

Sven Erik Gisvold: Vi trenger våre lokalsykehus mer enn noen gang s. 36

Kristin Hovland: Er godt arbeidsmiljø og bedre arbeidsforhold løsningen på «helsepersonellkrisen»? s. 38

Lene Haug: Knappe ressurser må prioriteres godt s. 40

Werner Christie: Er pensjonister et problem? s. 42

Mads Gilbert: Vi trenger styrket beredskap og kraftfull satsing på helsepersonell, ikke nedbygging s. 43

Finn Olav Rolijordet: Utvalgte, kritiske høringsuttalelser s. 46

Redaksjonen avsluttet 08.08.23
Opplag: 300
Grafisk design: Ole Mjelstad
Trykk: Runestein AS
Kontaktperson: kristin.hovland@legeforeningen.no

Finansiering:
- Artikkelforfatterne
- Aker Sykehus Venner
- Redd Ullevål Sykehus
- Sammen for lokalsykehusene
- Oslo Legeforening

Forord

Vi som har arbeidet med denne motmeldingen til Helsepersonellkommisjonens NOU 2023:4 Tid for handling, har engasjert oss fordi vi reagerer på hovedkonklusjonene, den feilaktige bruken av statistikk, en rekke feilslutninger og mangelfulle forslag til aktive tiltak. Vi er alle samfunnsengasjerte på hver våre vis og mener det må og skal være rom for et godt offentlig helsevesen, både for pasientene og ansatte, som en av grunnpilarene i velferdsstaten.

Motmeldingen består av artikler som den enkelte forfatter står ansvarlig for. De fleste artiklene er nyskrevet for denne rapporten, men tre har vært publisert tidligere og gjengis med tillatelse.

Oslo 1. august 2023

Werner Christie
Mads Gilbert
Sven Erik Gisvold
Christian Grimsgaard
Lene Haug
Hans Erik Heier
Erling Holmøy
Kristin Hovland
Bjarne Jensen
Magnus Marsdal
Finn Olav Rolijordet
Randi Rosenqvist
Marga van der Wal

Innledning

Vi hadde ønsket oss en helt annen utredning, en som pekte på hvordan vi skal løse utfordringene med å rekruttere nok helsepersonell. Dette ønsket er det samme som står sentralt i Helsepersonellkommisjonens mandat, men som kommisjonen egentlig ikke svarer på. I stedet har vi fått en utredning som - helt ubedt - prøver å selge en forhåndsoppfatning om at sektoren ikke bør vokse. Et hovedformål med denne «motmeldingen» er å vise at det ikke finnes fakta eller rasjonelle begrunnelser for denne anbefalingen. Det er viktig at de feilaktige hovedkonklusjonene ikke blir stående som noen slags form for sannhet.

Mandatet til Helsepersonellkommisjonen var:

Formål: Kommisjonen skal 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. (Rapporten, side 21)

Vi er dypt uenige i det Helsepersonellkommisjonen presenterer som sin viktigste konklusjon og anbefaling:

Helsepersonellkommisjonens viktigste anbefaling innebærer at samlet helse- og omsorgspersonell ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå. For første gang er det slik at den samlede arbeidsstokken i Norge ikke lenger vil øke fremover. Dersom det blir en vesentlig personellvekst i helse- og omsorgstjenestene, vil sysselsettingen i andre næringer og sektorer måtte reduseres. (Rapporten, side 274)

Helsepersonellkommisjonen går langt i å gi påstander om hvor arbeidskraften vil ha størst verdi for samfunnet og konkluderer med at det ikke er innen helse- og omsorg. 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. Dette er ikke noe som uten videre gir grunnlag for bekymring, tvert imot. Det er en naturlig prioritering i takt med at den allmenne materielle velstanden øker. 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. Det sikrer forutsetningene i form av helse og mestring for å kunne nyte de fleste andre moderne goder og opplevelser i livet, noe som er et stort gode for samfunnet vårt og en betydelig og grunnleggende verdiskapning. Blir kommisjonens målsetting om redusert bemanning og omsorgsnivå stående, vil velferdsstaten slik vi kjenner den, og ønsker den, forvitre. Det ligger mye makt og innflytelse i en NOU (norsk offentlig utredning). De legger viktige premisser for politiske beslutninger og brukes også som rettskilder ved at de regnes som forarbeid til lover. Offentlige utredninger skal derfor være kunnskapsbaserte og tro mot mandatet. Helsepersonellkommisjonen har gått langt utenfor oppgaven sin og har i stedet sett på det som sin rolle å sikre nok arbeidskraft til andre sektorer. At helse- og omsorgssektoren ikke kan vokse i særlig grad går igjen som et premiss i hele rapporten. Det gjør hele fremstillingen problematisk, spesielt fordi denne konklusjonen mangler en faktabasert begrunnelse. Konklusjonene i sammendraget og i oppsummeringene i de ulike kapitlene, mangler ofte dekning i innholdet i rapporten og i kunnskapsgrunnlaget rapporten bygger på.

I rapportens grunnsyn ligger en fundamental misforståelse. Det er ikke slik at offentlige velferdstjenester er netto forbruk av ressurser og det er 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. En fødsel vil telle som en «kostnad», mens begravelser er verdiskapende.

Vi legger til grunn at Norge også i fremtiden skal ha en sterk offentlig helse- og omsorgstjeneste der tjenestene ytes likeverdig overfor hele befolkningen. Det medfører at finansielle og personellmessige ressurser må tilføres sektoren. Vi mener det er hvordan vi skal sikre befolkningen gode, likeverdige helse- og omsorgstjenester i fremtiden som, i tråd med mandatet, burde vært innretningen på kommisjonens utredning. Fordi Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at det i fremtiden ikke vil være tilstrekkelig tilgang på personell i helse- og omsorgstjenestene, avsluttes rapporten med et klart veikart for en storstilt og kvinnefiendtlig privatisering; *Det er behov for å bruke kompetanse og ressurser blant pasienter og brukere selv, og blant pårørende, frivillige og andre ressurser i samfunnet. (Rapporten, side 276)*

Kommisjonen har som utgangspunkt at de tiltakene som foreslås og som anbefales gjennomført skal bidra til å redusere tilbudet av helse- og omsorgstjenester, til å dempe etterspørselen eller til arbeidsbesparende prosesser. Det er en forutsetning for å gjennomføre slike tiltak at de er samfunnsøkonomisk lønnsomme. (Rapporten, side 284) Vi mener at det ikke er noen målsetting i seg selv å dempe nødvendig etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester. Behovet må søkes dekket i et samfunn som bygger på fellesskapsverdier.

I en situasjon der ansatte både på sykehusene og i kommunehelsetjenesten sliter seg ut på jobb, og både kommuner og sykehus sliter med å rekruttere nok kompetente fagfolk, anbefaler kommisjonen flere ganske perifere utredninger og en konklusjon som er mer egnet til å skremme folk bort fra helse- og omsorgsyrkene enn til å sikre nok bemanning i fremtiden. Det skjer nå en rask utvikling av et todelt helsevesen i landet vårt. Flere kjøper seg helseforsikringer for å sikre seg behandling utenom køen på de offentlige sykehusene eller betaler selv. De med kjøpekraft vil alltid være sikret gode helse- og omsorgstjenester. Dårlige arbeidsforhold i offentlig helsetjeneste bidrar til at helsepersonell velger å jobbe i en privat institusjon fremfor en offentlig. Denne privatiseringen ødelegger og undergraver det offentlige helsevesenet, og vil føre til problemer både med å få nok ansatte i den offentlige tjenesten og å få gode utdanningsløp. Hvor galt det kan gå, ser man nå i England, hvor National Health Service er i krise etter mangeårig sulteforing og krav om økt effektivitet. I et land som Norge vil helsetjenestene også være viktige av samfunnsøkonomiske og beredskapsmessige hensyn. Konkrete tiltak for å bevare den offentlige helsetjenesten må iverksettes. Vi kommer i denne rapporten med flere anbefalinger og forslag som utdypes i artiklene som følger. Samtidig imøtegås hovedpremissene i Helsepersonellkommisjonens rapport.

- Tar vi hensyn til økt produktivitet og økt pensjoneringsalder, ser vi at mulighetene til å ivareta et balansert forhold mellom ikke yrkesaktive og yrkesaktive ikke er den store utfordringen i den framtidige utvikling
- Kommisjonens begrunnelse er ikke helsefaglig, men politisk. Hvor stor andel av statsbudsjettet helsetjenestene skal ha er et politisk spørsmål, et politisk valg.
- Helsepersonellkommisjonens rapport reflekterer en favorisering av andre næringer som bryter fullstendig med samfunnsøkonomiske prinsipper for effektiv bruk av knappe ressurser
- Vi trenger en klar, verdi- og lovbasert målsetting for landets offentlige helsetjeneste. Reelle helsebehov skal dekkes uten at innbyggerne må ha privat helseforsikring
- Verdiskapning nasjonalt og kommunalt bør måles i form av økt livskvalitet og likeverdighet for alle, i tråd med folkehelserapporten, nasjonale livskvalitetsindikatorer, OECDs anbefalinger og sosial bærekraft i tråd med FNs bærekraftsmål.
- Det er behov for kraftfulle og strategiske tiltak om hvordan helse- og omsorgssektoren skal rigges som en arbeidsplass tilpasset kvinners hele yrkesaktive liv.
- Det trengs pålitelig statistikk over både offentlig og helprivat helsetjeneste. En må unngå å bruke statistikk som ikke er sammenlignbar, med land det ellers er naturlig å sammenligne oss med.
- Utdanne mer helsepersonell i Norge, og opprette flere stillinger for helsepersonell og merkantilt støttepersonell.
- Godt arbeidsmiljø som bidrar til å rekruttere og beholde ansatte. Dette inkluderer å bygge store nok sykehus (jmf eksempelvis rapporten s 144 og 152 om arealer og bygg) og beholde velfungerende enheter, ikke minst i psykiatrien.
- Vi må stoppe ytterligere nedbygging av norske sykehus, og vi må koste på oss å ha en viss reservekapasitet/beredskap.
- Fremtiden vil kreve sterk vekst i helse- og omsorgssysselsettingen for å dekke behovene som følger av den kraftige økningen i antall personer i de aller eldste aldersgruppene. Som et av verdens rikeste land har Norge råd til å videreføre dagens offentlige helse- og omsorgstilbud.

God lesing!

Flere eldre – Yrkesaktivitet og arbeidskraft til helse og sosialsektoren - Forsørgerbrøken[1]

Bjarne Jensen, Professor emeritus i forvaltningsøkonomi og Lars Nestaas, samfunnsøkonom fra Universitetet i Oslo og rådgiver i Pensjonistforbundet

I offentlig debatt og det offentlige administrative og politiske miljø er det mange bekymringer om konsekvensene av at antall eldre og andelen eldre i befolkningen vil øke kraftig i årene som kommer. Helsepersonellkommisjonen påstår at Norge ikke kan skaffe nok fagpersonell til å sikre oss så gode helse-, pleie- og omsorgstjenester som vi har i dag og samtidig sikre verdiskapingen i det private næringslivet. Påstanden om at det ikke er mulig å framskaffe nok arbeidskraft til til å gi oss gode helse - og omsorgstjenester i framtiden savner faglig begrunnelse og framstår som overforenklet synsing.
Vi gjennomgår i denne artikkelen først hvordan aldersfordelingen har vært og vil bli i forholdet mellom aldersgrupper med høy yrkesaktivitet og aldersgrupper med lav eller ingen yrkesaktivitet. Videre drøftes utviklingen i den såkalte forsørgerbrøken. Tas det hensyn til at de eldre vil få flere friske leveår og pensjonsalderen økes, at produktiviteten øker og at det blir færre i de yngre årsklassene, vil ikke økningen i andelen eldre og generell mangel på arbeidskraft bli det store problemet for å ivareta gode helse- og omsorgstjenester i framtiden. Det kreves økt sysselsetting i disse næringene for å ivareta behovene som følge av økningen i antall eldre. Det krever først og fremst gode rekrutteringstiltak og tilstrekkelige utdanningstiltak.

DEMOGRAFISK UTVIKLING – HISTORISK OG PROGNOSER FRAMOVER

Ved starten av 2022 hadde Norge rett i overkant av 5,4 millioner innbyggere. Vi skal se på hvor mange av disse som var «Eldre», her definert som 67 år og eldre. I tillegg vil vi inkludere hvor mange som er «Yngre», altså befolkningen som er 18 år eller yngre, samt de resterende som da blir de mellom 19 og 66 år. Inndelingen er gjort med bakgrunn i den såkalte forsørgerbrøken, som måler forholdet mellom aldergrupper med typisk høy yrkesaktivitet og aldersgrupper med typisk lav yrkesaktivitet. Aldersgruppene med lavest yrkesaktivitet er de yngre og de eldre. Som vi ser i tabell 1 var det 871 000 personer som var 67 år og eldre i 2022, noe som utgjorde omtrent 16 prosent av Norges befolkning. Mens omtrent 22 prosent, rett i overkant av 1,1 millioner personer, var 18 år eller yngre. Til sammen utgjorde disse to aldersgruppene dermed nesten 38 prosent av den totale befolkningen. Aldersgruppen mellom 19 og 66 år var på nesten 3,4 millioner personer og utgjorde 62,3 prosent av den totale befolkningen.

Tabell 1: Antall og andel av befolkningen for aldersgruppene 0- 18 år, 19- 66 år, 67 år og eldre, og total befolkning i Norge, i 2022

Aldersgruppe	Antall	Andel av totalbefolkning
0- 18 år	1 172 140	21,6 %
19- 66 år	3 382 167	62,3 %
67 år og eldre	870 963	16,1 %
Totalt	5 425 270	100,0 %

Er dette et forhold som holder seg når vi ser tilbake i tid? Hvis vi ser tilbake til nærmeste fortid har andelen eldre økt hvert eneste år siden 2009, da den var på 12,9 prosent, mens den før det hadde vært fallende siden begynnelsen av 1990- tallet da den var på rett i overkant av 14 prosent. Data hos SSB muliggjør å se helt tilbake til 1846, som vist i figur 1 nedenfor. Graver vi dypere i historien ser vi at andelen eldre i dag er historisk høy. Frem til 1960- tallet var den alltid under 10 prosent, og går vi helt tilbake til 1850 ser vi at den var nede på 4,6 prosent.

Vi kan på den andre siden se at andelen yngre i dag er historisk lav. Denne gruppen lå alltid over 40 prosent fra midten av 1800- tallet helt frem til begynnelsen av 1920- tallet. Da

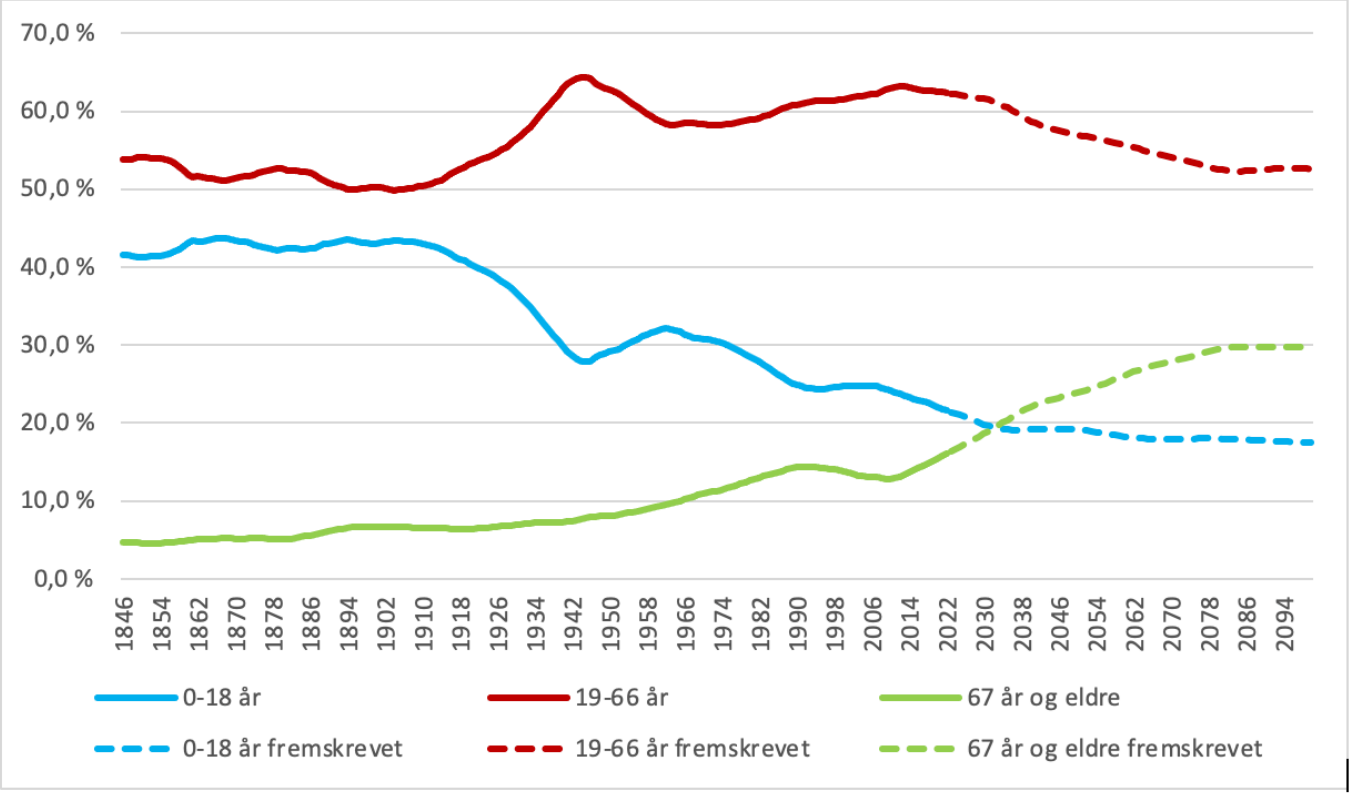
1. Stoffet i denne artikkelen er hentet fra en mere omfattende artikkel: Eldreandel, kommuneøkonomi og behov for helse – og omsorgstjenester. (Jensen, Bjarne og Nestaas, Lars: Samfunn og økonomi nr. 2 2023)

fikk den et markert fall, på grunn av økonomisk vanskelige tider, ned til 28 prosent mot slutten av annen verdenskrig. Etter det steg den noe frem til begynnelsen av 1960- tallet, men har siden hovedsakelig vært fallende. Andelen yngre, målt på denne måten, begynner å nærme seg andelen eldre og vi må forvente å få høyere andel eldre enn andel yngre i fremtiden hvis trenden fortsetter. Dette er et resultat av vår velstandsutvikling som vi burde være svært fornøyd med. Når vi ser på andelen aldersgrupper med høy yrkesaktivitet i dag - mellom 19 og 66 år -, utgjør de i overkant av 50 prosent fra rundt 1850 frem til midten av 1920- tallet. Etter dette steg den kraftig, i takt med nedgangen av yngre, frem til slutten av annen verdenskrig. Den falt noe etter dette, men har vært stigende siden begynnelsen av 1960- tallet, og er i dag relativ sett høy i tidsperioden dataen dekker på 62,3 prosent. Ser vi bort fra nærmeste fortid er det kun på slutten av annen verdenskrig at andelen har vært høyere.

Hvordan blir dette fremover? I figur 1 er også inkludert framskrivninger av andelene disse befolkningsgruppene vil utgjøre frem til året 2100[2]. I 2033 er det forventet at de eldre vil utgjøre en større andel av befolkningen enn de yngre, og videre at de vil fortsette å vokse frem til 2080- årene hvor de stabiliserer seg på rundt 30 prosent av total befolkning. De yngre er forventet å fortsette fallet de har hatt som andel av hele befolkningen siden 2006, og er forventet å utgjøre en stadig lavere andel av befolkningen. Ved slutten av tidsperioden er det forventet at de vil utgjøre 17,5 prosent av befolkningen. Dette er et dramatisk fall om man ser 200 år tilbake i tid, hvor andelen lå i overkant av 42 prosent. Til sist ser vi at andelen av dem mellom 19 og 66 år vil reduseres sakte og sikkert frem til 2080-tallet, altså omtrent 60 år frem i tid, hvor man forventer at den vil stabilisere seg på rundt 52- 53 prosent. Dette er interessant nok omtrent der de lå i 1846, det første året i datasettet, og frem til rundt 1920. Vi har sett at Norge i dag har en høy eldreandel når vi sammenlikner bakover i tid, og denne er forventet å vokse de neste 60 årene. Samtidig har vi en historisk lav andel yngre, og disse er forventet å utgjøre en stadig mindre andel av befolkningen ut århundret. Den resterende befolkningsgruppen, de mellom 19 og 66 år, er også forventet å reduseres som andel av befolkningen de neste 60 årene. Men ser man tilbake i tid er ikke andelen av befolkningen de er spådd å utgjøre spesielt lav.

Sammenlignet med andre OECD land har Norge en svært lav andel eldre. Våre naboland Sverige og Danmark og spesielt andre vesteuropeiske land har betydelig høyere eldreandel enn i Norge.

Figur 1. Andelene 0- 18 år, 19- 66 år, og 67 år og eldre utgjør av hele befolkningen fra 1846- 2022, samt fremskrevet til 2100 med SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger, data fra SSB



2. SSB befolkningsstatistikk og befolkningsframskrivinger.

FORSØRGERBRØKEN[3]

Forsørgerbrøken er et forsøk på å måle forholdet mellom aldersgruppene med lavest yrkesaktivitet, barn/yngre og eldre, og aldersgruppen med høyest yrkesaktivitet typisk 18 til 66 år. Det vil også illustrere forholdet mellom aldersgruppene med høyere behov for offentlige velferdstjenester og aldersgruppene med lavest behov for slike tjenester, og dermed gi et bilde på hvordan den demografiske utviklingen forventes å påvirke offentlige utgifter.

Tabell 2 viser antallet 0-17 år, 18- 66 år, og 67 år og eldre i 2020 og fremskrevet med SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger frem til 2060. I tillegg viser den total befolkning, samt forsørgerbrøken, her definert som antallet mellom 18 og 66 år delt på den resterende befolkingen, altså de yngre enn 18 år og de eldre enn 66 år.

Av tabellen ser vi at antallet personer 67 år og eldre er forventet å stige kraftig i årene fremover. I året 2060 antar SSB at denne aldergruppen vil være på omtrent 1,6 millioner mennesker, altså nær en dobling av antallet 67 år og eldre fra 2020 til 2060.

Tabell 2. Aldergruppene 0- 17 år, 18- 66 år, 67 år og eldre samt «forsørgerbrøk» SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger.

	År						
Aldersgruppe	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**	**2060**	**Endring 2020-60**	**Endring i prosent**
0- 17 år	1 118 608	1 056 566	1 070 608	1 093 495	1 051 207	-67 401	-6,0 %
18- 66 år	3 421 552	3 551 989	3 517 108	3 496 828	3 456 585	35 033	1,0 %
67 år og eldre	827 420	1 052 149	1 299 851	1 443 308	1 593 399	765 979	92,6 %
Totalt	5 367 580	5 660 704	5 887 567	6 033 631	6 101 191	733 611	13,7 %
Forsørgerbrøk	1,76	1,68	1,48	1,38	1,31		

Gruppen de yngre, innbyggerne mellom 0 og 17 år, utgjorde omtrent 1,1 millioner personer i 2020. De forventes å holde seg relativt stabilt over hele tidsperioden, med en nedgang på 67 400 personer fra 2020 til 2060, en nedgang på 6 prosent. Gruppen mellom 18 og 66 år vil, som de yngre, holde seg relativt stabil over hele tidsperioden. Denne befolkningsgruppen var på 3,4 millioner i 2022. Totalt vil den bare øke med omlag 35000 personer fra 2020 til 2060. Det er vanlig å påstå at denne gruppen reduseres i årene som kommer. Det er altså feil i forhold til de foreliggende framskrivingene.

Nederst i tabellen ser vi «Forsørgerbrøken». I 2020 var denne på 1,76, altså det var 1,76 personer fra aldersgruppene med høy yrkesaktivitet i forhold til aldersgruppene med lav eller ingen yrkesaktivitet. Denne vil, målt på denne måten, falle kontinuerlig over hele tidsperioden til 1,31 i 2060,altså en nedgang på nesten en halv per person i de aldersgruppene med høy yrkesaktivitet sammenlignet med aldersgrupper som i dag har lav eller ingen yrkesaktivitet.

Vanlig tolkning av denne brøken er at den gir uttrykk for det gjennomsnittlige antall personer en yrkesaktiv må forsørge (se for eksempel Civita og Perspektivanalyser). Vi mener en slik fortolkning er for enkel og at disse forholdene er langt mere komplekse. Personer i yrkesaktiv alder forsørger nok vanligvis de yngre, men de eldre forsørges selvsagt ikke av de yrkesaktive, men i hovedsak av pensjonssparing og annen sparing i yrkesaktiv alder. Av disse inntektene betales også skatter som bidrar i finansieringen av «velferdsstaten». Her skal vi nøye oss med å se på hvordan den såkalte forsørgerbrøken vil utvikle seg når vi tar hensyn til at pensjonsalderen levealdersjusteres og at arbeidsproduktiviteten øker.

Vi kan starte med å se hvordan forsørgerbrøken blir dersom vi tar høyde for at økt forventet levealder vil føre til at eldre velger å stå lengre i arbeidslivet. Pensjonsutvalget, som la frem sin evaluering av pensjonsreformen i juni 2022[4], 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. Ny normert pensjoneringsalder, frem til 2060, vil da bli:

Tabell 3. Ny normert pensjoneringsalder etter Pensjonsutvalgets forslag.

År	Normert pensjoneringsalder
2030	67
2040	68
2050	69
2060	70

«Pensjonistene» eller de eldre. Dermed vil for eksempel de mest yrkesaktive aldersgrupper bestå av dem mellom 18- 68 år i 2040, mens «pensjonistene» vil bestå av dem fra 69 år og eldre og så videre. Vi vil dermed få en annen sammensetning

3. Forsørgerbrøken er omtalt tidligere i Helsepersonellrapporten, men da med gruppen 0-18 år som yngre, det er endret til 0- 17 år i dette avsnittet. Fremstillingen er delvis basert på Pensjonistforbundets høringssvar til NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste

4. NOU 2022:7 Et forbedret pensjonssystem

av de 3 aldersgruppene enn vist tidligere, og dermed en annen forsørgerbrøk.

Den nye alderssammensetningen er vist i tabell 4. De 3 aldersgruppene er der benevnt som 0- 17 år, yrkesaktive, og pensjonister. Det er åpenbart ingen endring i gruppen 0- 17 år, men vi ser at de yrkesaktive vil være omtrent 300000 flere personer i 2060 med denne metoden sammenlignet med den forrige. Mens antallet pensjonister da vil være tilsvarende antall færre. Forsørgerbrøken vil nå først starte å falle etter 2030, men kun ned til 1,64 i 2040, 1,58 i 2050, og opp igjen til 1,60 i 2060. Det betyr at nedgangen fra 2020 i antall personer i de mest yrkesaktive grupper i forhold til antallet i aldersgruppene med lav eller ingen yrkesaktivitet kun reduseres med 0,18 i det året forsørgerbrøken er på sitt laveste. Det er i 2050. Sammenliknet med forsørgerbrøken som ikke tok høyde for at de eldre vil stå lengre i arbeidslivet og at pensjonsalderen økes, vil den nå være 0,29 høyere i året 2060. Vi ser altså at det ikke er en særlig dramatisk utvikling når vi tar høyde for de forventede endringene i eldres helse og yrkesdeltakelse.

Tabell 4. Aldergruppene 0- 17 år, 18- 66 år, 67 år og eldre og total befolkning fremskrevet med SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger og ny normert pensjoneringsalder. Samt forsørgerbrøk og endring fra 2020 til 2060 i antall og prosent.

Framskrevet, tilpasset for utsatt pensjonsalder							
	År						
Aldersgruppe	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**	**2060**	**Endring 2020-60**	**Endring i prosent**
0- 17 år	1 118 608	1 056 566	1 070 608	1 093 495	1 051 207	-67 401	-6,0 %
Yrkesaktive	3 421 552	3 613 711	3 658 133	3 693 460	3 754 562	333 010	9,7 %
Pensjonister	827 420	990 427	1 158 826	1 246 676	1 295 422	468 002	56,6 %
Totalt	5 367 580	5 660 704	5 887 567	6 033 631	6 101 191	733 611	13,7 %
Forsørgerbrøk	1,76	1,77	1,64	1,58	1,60		

Vi har nå sett hvordan økt forventet pensjoneringsalder påvirker forsørgerbrøken, men som nevnt tidligere forventes det også at produktiviteten i økonomien skal øke fremover. Det bør vi ta hensyn til når vi konstruerer og vurderer forsørgerbrøken. Målet på produktivitetsvekst har vi valgt å hente fra Perspektivmeldingen 2021. Der var lagt til grunn en gjennomsnittlig årlig økning i timeverksproduktivitet for norsk fastlandsøkonomien på 1,3 prosent frem til 2060[5]. Med en årlig økning på 1,3 prosent får vi følgende utvikling i timeverksproduktivitet i denne tidsperioden:

Tabell 5. Fremskrevet timeverksproduktivitet fra 2020 frem til 2060 i henhold til Perspektivmeldingen 2021

År	2020	2030	2040	2050	2060
Timeverks-produktivitet	1,00	1,14	1,29	1,47	1,68

Altså for en times arbeid vil de yrkesaktive produsere for eksempel 47 prosent mer i 2050 enn de gjorde i 2020.
Tar man hensyn til økt forventet pensjoneringsalder i tråd med Pensjonsutvalgets forslag til normert pensjonsalder, og for å illustrere virkningen av produktivitetsveksten, skriver opp antall yrkesaktive med forventet vekst i produktivitet, får vi følgende mål på utviklingen i den såkalte forsørgerbrøken:

Tabell 6. Aldergruppene 0- 17 år, 18- 66 år, 67 år og eldre og total befolkning fremskrevet med SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivinger og normert for ny pensjoneringsalder samt økning i produktivitet.

Framskrevet, normert for ny pensjoneringsalder samt økning i produktivitet							
	År						
Aldersgruppe	**2020**	**2030**	**2040**	**2050**	**2060**	**Endring 2020-60**	**Endring i prosent**
0- 17 år	1 118 608	1 056 566	1 070 608	1 093 495	1 051 207	-67 401	-6,0 %
Yrkesaktive	3 421 552	4 111 950	4 736 400	5 441 477	6 294 150	2 872 598	84,0 %
Pensjonister	827 420	990 427	1 158 826	1 246 676	1 295 422	468 002	56,6 %
Forsørgerbrøken	1,76	2,01	2,12	2,33	2,68		
Forsørgerbrøk	1,76	1,77	1,64	1,58	1,60		

5. https://www.regjeringen.no/contentassets/4555aa40fc5247de9473e99a5452fdfd/arbeidsnotat_2021_3.pdf

Gruppen 0- 17 år og pensjonister vil nå være identisk med den forrige tabellen, men for de yrkesaktive ser vi store endringer når vi tar hensyn til økt produktivitet. Når vi tar hensyn til at yrkesaktive produserer mere per årsverk vil den totale veksten være på 84 prosent fra 2020 til 2060. Til sist ser vi at «forsørgerbrøken» nå vil forbedre seg kraftig. Den vil stige hvert eneste tiår, i 2030 vil det være omtrent 2, dette vil stige til 2,12 i 2040, i 2050 vil tilsvarende tall være 2,33, mens det vil være hele 2,7 i 2060.

Tar vi hensyn til økt produktivitet og økt pensjoneringsalder ser vi at mulighetene til å ivareta et balansert forhold mellom ikke yrkesaktive og yrkesaktive ikke er den store utfordringen i den framtidige utvikling. Selv om Finansdepartementet kan ha overvurdert produktivitetsutviklingen i Pespektivmeldingen fra 2021 er det mye å gå på før mangel på tilstrekkelig arbeidskraft til å ivareta verdiskapingen blir et problem. Tar vi i tillegg hensyn til den store arbeidskraftreserven vi har innenfor pleie og omsorgssektoren på grunn omfattende bruk av deltidsstillinger og at det er stor undersysselsetting i aldersgruppene 20-25 år og fra 60 år til pensjonsalder, så vil ikke mangel på arbeidskraft være det store problemet i framtids Norge. Hovedutfordringen både i dag og i årene framover er hvordan skaffe arbeidsplasser til dem i framtiden som ikke får arbeidstilbud i den yrkesaktive aldersgruppen.

Helsepersonellkommisjonens hovedbudskap mangler begrunnelse

Erling Holmøy, samfunnsøkonom og forsker i Statistisk sentralbyrå

1. Innledning

Helsepersonellkommisjonen (HPK) skriver (s. 274) at dens «… viktigste anbefaling innebærer at samlet helse- og omsorgspersonell ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå». Dette er en særdeles viktig vurdering fra en kommisjon som i utgangspunktet er tilkjent betydelig autoritet. Desto mer sørgelig og underlig er det at den mangler holdbare begrunnelser. Jeg begrunner denne påstanden i avsnitt 2 og 3. Avsnitt 4 oppsummerer hvilken sysselsettingsvekst i helse og omsorg (HO) som følger de kommende tiårene av plausible anslag på demografi, årsverk per bruker, helsetilstand blant eldre og uformell (familie)omsorg. I avsnitt 5 bruker jeg disse framskrivningene til å begrunne hvorfor jeg mener at HPK opphøyer ønskedrømmer til realistiske vurderinger når den mener at effektivisering vil gjøre vekst i HO-bemanningen unødvendig.

HPKs hovedbudskap gir kun mening hvis den begrenses til å gjelde offentlig HO. Avsnitt 6 trekker frem noen momenter i diskusjonen om HO-veksten fremover bør skje i offentlig eller privat regi, en diskusjon som HPK burde gitt mer plass. Jeg mener at begrunnelsen for en videreføring av dagens offentlige finansieringsansvar står like sterkt som den hittil har gjort i lys av at en vesentlig årsak til veksten i HO-sektoren fremover vil være flere eldre brukere med store naturlige behov for HO – ikke ekstravagant standardheving for den enkelte bruker. Avsnitt 7 oppsummerer og skisserer hvordan norsk økonomi må tilpasses realistisk vekst i HO-bemanningen. Veksten i HO-sysselsetting vil være sterkest for yrkesgrupper med lav og middels utdanning. Det bidrar til å gjøre det lettere å realisere veksten. Norge har blitt hjemlandet for noen av en av de rikeste gjennomsnittsinnbyggerne verden noen gang har sett. De har råd til å ta seg godt av sine syke og pleietrengende.

2. Kan politikerne bestemme den samlede HO-sysselsettingen?

HPKs anbefaling om tilnærmet nullvekst i HO-sysselsettingen gir kun mening for det offentlige HO-tilbudet, fordi det virker nærmest utenkelig at norske myndigheter skal hindre eller forby privatiserte HO-tjenester. Med det «offentlig HO-tilbudet» mener jeg her og i det følgende de HO-tjenestene som finansieres av stat eller kommuner. Selve produksjonen av disse kan utføres av private foretak, men da etter avtaler med offentlige myndigheter om hva som skal leveres. Eksempler på dette er fastleger, avtalespesialister og mange sykehjem som faller inn under det lovfestede offentlige sørge-for ansvaret for henholdsvis helsetjenester og omsorg.

Både markedssvikt og fordelingshensyn gir gode grunner til at de fleste rike land har lite markedsomsetning av HO-tjenester, og at det offentlige spiller en desto større rolle i reguleringen og finansieringen av HO. Men dersom myndighetene av ulike grunner begrenser det skattefinansierte HO-tilbudet slik at en stor del av befolkningen opplever det som for dårlig, vil og bør private HO-markeder fungere som en ventil eller nødløsning. HPK synes snarere å mene at markedsrettet eldreomsorg, kreftbehandling eller andre HO-tjenester skal vurderes og behandles på linje med prostitusjon eller narkotikaomsetning. Få velgere vil dele en slik nedvurdering av verdien av å gi flere mennesker et bedre og lengre liv.

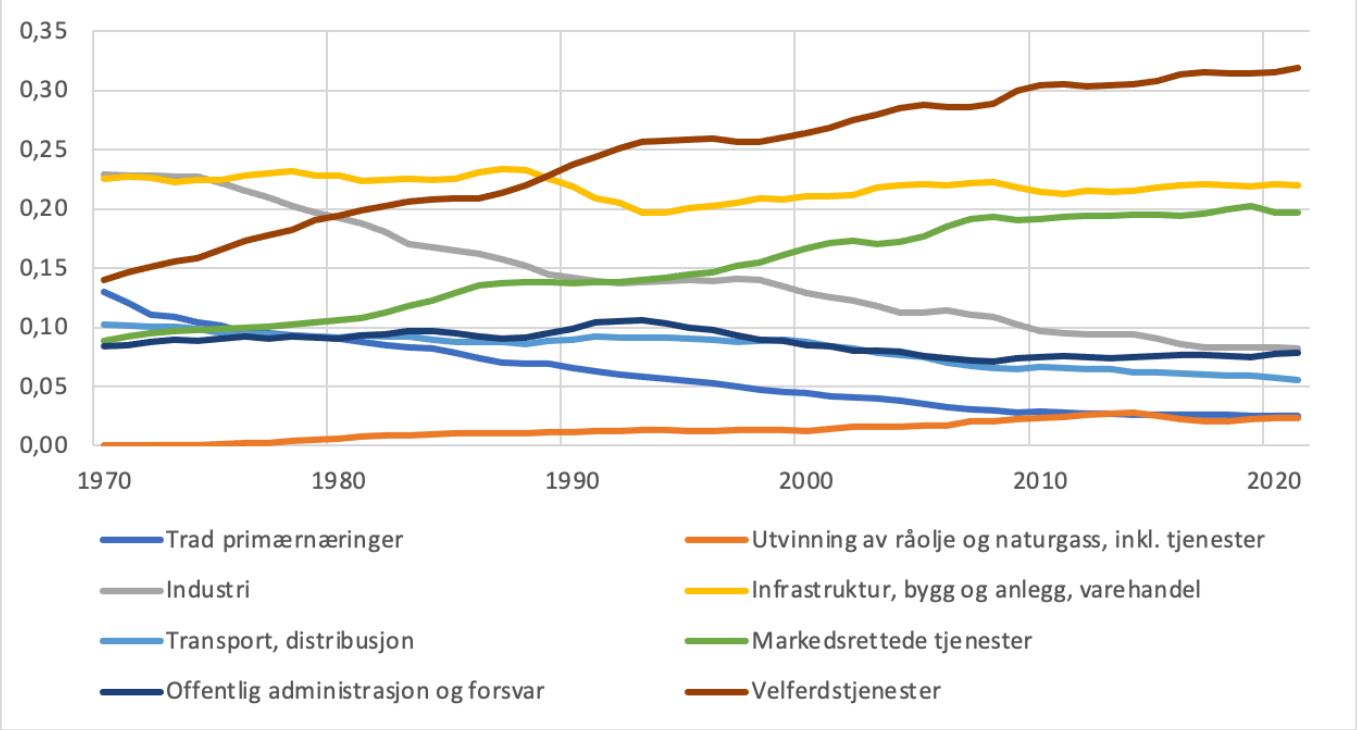
Da jeg første gang så dette hovedbudskapet i HPKs utredning, tenkte jeg umiddelbart at her har man i farten vært upresis. Jeg var innstilt på å legge godviljen til og tolke det til å gjelde innholdet i det lovfestede offentlige sørge-for-ansvaret. Det ville reddet budskapet fra å være nærmest logisk meningsløst til en meget kontroversiell påstand som ikke er etterspurt i mandatet for HPK. Men nei. HPKs motstand mot vesentlig vekst i HO-bemanningen omfatter faktisk summen av offentlig og privat HO-sysselsetting. Begrunnelsen finner vi blant annet på s. 12-13: «Om kort tid, vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem.» Begrunnelsen bryter fundamentalt med samfunnsøkonomisk forståelse av hvordan knappe ressurser bør fordeles effektivt til ulike gode formål.

3. HPK tenker feil om prioritering av knappe ressurser

For det første synes HPK å se på knapphet på arbeidskraft som et problem. Deres syn på hvordan slik knapphet hindrer omstillinger generelt og HO-vekst spesielt, er sett gjennom briller til en rasjonell bedrift: Knapphet blir da et problem sammenlignet med en kø av ledige som konkurrerer om å få jobb. HPK synes å være fremmed for at samfunnet ser, og bør se, det motsatt: Knapphet på arbeidskraft og full sysselsetting er to sider av samme sak - en sak som tradisjonelt har vært og er en tverrpolitisk fanesak i den økonomiske politikken. I en velfungerende

økonomi er derfor arbeidskraften alltid en knapp ressurs. Med unntak av noen lavkonjunkturer har Norge etter andre verdenskrig nådd målet om tilnærmet full sysselsetting.[1] Det har ikke hindret store endringer i arbeidskraftens fordeling på næringer, se figur 1. Velferdstjenester, det vil si skattefinansierte barnehager, undervisning og HO-tjenester, har hatt sterkest vekst i sysselsettingsandeler; fra 14 prosent i 1970 til 32 prosent i 2021. Også markedsrettede tjenester har opplevd sterk vekst; fra 9 til 20 prosent over samme periode. Industri og tradisjonelle primærnæringer har opplevd sterkest fall i sysselsettingsandeler. Likevel har relativt sterk produktivitetsvekst ført til at begge disse næringene produserer mer i dag enn for 50 år siden.

Figur 1. Sysselsettingens fordeling på hovednæringer 1970-2021. Andeler av totale heltidsekvivalente årsverk



Kilde: Nasjonalregnskap, Statistisk sentralbyrå

For det andre er det en konsensuspreget nøkkelinnsikt i samfunnsøkonomisk teori at arbeidskraft (og andre ressurser) bør settes inn der de gir størst nytte for samfunnet. Siden man gradvis mettes jo mer man har fått av et gode, vil effektiv ressursbruk i samfunnsøkonomisk forstand kjennetegnes av at samfunnets nytte av et ekstra årsverk (samlet marginal betalingsvilje) er den samme uansett hvordan årsverket 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 resonnementet kan virke trivielt, men det gir helt andre implikasjoner enn at HO skal ta til takke med de årsverkene som er igjen etter at andre næringer har forsynt seg.
Jeg argumenterer kort i avsnitt 6 for at det er vanskelig å begrunne at Norges prioritering av HO har vært og er langt unna det en samfunnsøkonomisk vurdering tilsier. I avsnitt 4 gir jeg et tallfestet bilde av den kraftige veksten i de eldres antall og befolkningsandel som Norge nå er i startfasen av. Aldringen av befolkningen gjør at en sterk og langvarig vekst i den samlede betalingsvilligheten for HO er noe av det sikreste vi kan vite om framtiden. Avsnitt 4 viser at det, skal mye til for at dekning av etterspørselsveksten ikke vil innebære at HO-andelen av totale årsverk i 2060 nærmer seg det dobbelte av dagens 13 prosent. Årsaken er altså ikke at den enkelte gradvis legger seg til et ekstravagant HO-forbruk med avtakende nytteeffekt, men at det blir stadig flere personer som av naturlige grunner har store HO-behov. Det er vanskelig å se andre store næringer som kan konkurrere med HO som Norges fremste vekstnæring i kommende tiår. HPK setter sin lit til at effektivisering skal gjøre det mulig å dekke den kommende veksten i HO-etterspørselen uten å øke arbeidsinnsatsen, og uten uthuling av kvaliteten i offentlig HO. Jeg argumenterer i avsnitt 5 for at dette er en ønskedrøm som ikke bør opphøyes

1. Dette gjelder den formelle arbeidsledigheten. I økende grad har Norge opplevd at personer i yrkesaktiv alder støtes ut fra arbeidsmarkedet og ender på helserelaterte trygdeytelser.

til et realistisk grunnlag for politikk.

HPK nevner (blant annet på s. 52) en del typer produksjon som samfunnet må prioritere så høyt at det ikke er rom vekst i HO-sysselsettingen, gitt at samlet arbeidstilbud ikke vil øke nevneverdig: Styrket beredskap, herunder forsvar, og omstillinger av energisektoren til det grønne skiftet vil kreve mer arbeidskraft enn i dag. Det samme hevdes å følge av et behov for *«… generell styrking av næringslivet for å kunne finansiere velferden og utvikle samfunnet videre»*, et behov som *«… blir enda viktigere i takt med en gradvis fremtidig utfasing av de store inntektene fra petroleumsnæringen.»*

La meg ta det siste først: Det er høyst uklart hvilke sysselsettingsimplikasjoner som følger av diffuse behov for «styrking av næringslivet». Rettesnoren for økonomisk politikk, herunder næringspolitikk, må være samfunnsøkonomisk effektivitet i bruken ressurser. For privat næringsliv er det i hovedsak markedskreftene som skal sørge for dette. Så kan man håpe på høy ekte produktivitetsvekst som gir mer for mindre. I praksis kan myndighetene gjøre lite for å påvirke ekte produktivitetsvekst. Påstanden om at inntektene fra petroleumsnæringen fases ut fremover etterlater et helt misvisende inntrykk av viktige realiteter. Med handlingsregelen for bruk av petroleumsinntektene fases petroleumsinntektene ikke ut. Det er produksjonen av olje og gass som fases ut etter hvert som lønnsomme felt tømmes. Men alle statens inntekter fra produksjonen spares i oljefondet, og den årlige bruken skal i snitt svare til realavkastningen av fondets kapital, for tiden anslått til 3 prosent. Dermed opprettholdes fondskapitalen, og Norge får via staten et inntektstilskudd til evig tid i form av realavkastningen.

HPK er på linje med alle langsiktige fremskrivninger jeg kjenner til når den peker på at samlet sysselsetting vil vokse lite fremover, så sant det ikke skjer vesentlig økninger i arbeidstid, sysselsettingsandeler og/eller arbeidsinnvandring. Imidlertid overspiller HPK når den hevder at veksten i det samlede arbeidstilbudet blir vesentlig mindre fremover enn hittil. Når perspektivet er knapphet på arbeidskraft, må man også ta hensyn til at veksten i folkemengden, altså summen av alle som har bruker arbeidskraft, vil vokse klart saktere fremover enn hittil. «Økonomisk utsyn over 2022» fra Statistisk sentralbyrå viser i kapittel 5 at timeverk per innbygger har variert relativt lite rundt et gjennomsnitt på 0,46 i årene 1970-2022. Bak denne stabiliteten ligger to endringer som tilnærmet oppveier hverandre: 1) Antall timeverk per sysselsatt har i de siste 20 årene ligget rundt 30 prosent under 1970-nivået; 2) Sysselsettingsandelen av befolkningen har økt.

Selv om samlet sysselsetting vil vokse lite fremover, er det rom for sysselsettingsvekst i en del næringer, fremover som hittil, jf. figur 1. HPK gir ingen tallfestet begrunnelse for hvorfor ikke HO-sektoren kan være blant disse. Spesielt har arbeidsinnsatsen vokst sterkt i markedsrettet tjenesteyting som følge av at norske innbyggere har blitt stadig rikere. I dag jobber hvert femte årsverk i denne arbeidsintensive næringsgruppen. Flere av disse tjenestene, spesielt utelivsbransjene, retter seg mot relativt unge brukere, en kundegruppe som ikke vil øke fremover ifølge befolkningsframskrivingene fra Statistisk sentralbyrå (SSB). Er det virkelig utenkelig at ikke en god del arbeidskraft over tid kan vris fra disse næringene til tjenester som etterspørres av et sterkt økende antall eldre? Det samme vil gjelde en god del vareproduksjon dersom forbruket vris i favør av HO. Videre vil utfasing av petroleumsvirksomheten frigjøre arbeidskraft fremover. Demografien tilsier at dagens dekningsgrader og standard kan videreføres uten sysselsettingsvekst innenfor utdanning og barnehager.

Fremover som hittil vil det være konkurranse om arbeidskraften. HO-etterspørrerne må få delta i denne konkurransen, så får markedskrefter og prioritering av skattefinansiert produksjon bestemme hvem som vil kjøpe en større eller mindre del av det samlede arbeidstilbudet. For at deltakelsen i konkurransen om arbeidskraft skal bli reell, må statlige og kommunale HO-arbeidsgivere få bevilgninger som gjør dem i stand til å konkurrere også på lønn. Det er umulig å forstå hvorfor nettopp HPK anbefaler at HO-etterspørrerne ikke skal delta i denne konkurransen, men heller ta til takke med den arbeidskraften andre næringer ikke vil ha.

HPKs formuleringer gir grunn til å mistenke at kommisjonen mener at en del typer produksjon representerer verdiskaping som er langt mer høyverdig enn blant annet HO, nærmest uavhengig av hvor stor produksjonen av ulike goder er. Slike oppfatninger har med varierende styrke satt sitt preg på næringspolitikken i Norge etter krigen. Spesielt fremheves ofte eksportnæringer som en spesielt verdifull produksjon. Forklaring av hvorfor slike oppfatninger er gale har samtidig vært en standardøvelse for dem som underviser i faget samfunnsøkonomi. Som nevnt over, er det avgjørende kriteriet for hvordan knappe ressurser skal fordeles til ymse formål, at man hele tiden overfører arbeidskraft til å produsere det som gir størst samfunnsnytte igjen for den ekstra innsatsen. I en slik vurdering er det selvsagt ikke noe mindreverdig å produsere et bedre liv for flere mennesker gjennom behandling av skader, sykdom og smerter. Det kan godt hende at det er vanskeligere, og dermed en større prestasjon, å hevde seg i konkurransen på det store verdensmarkedet, enn det er selge goder som ikke lar seg importere på norsk hjemmebane. Men dette er altså et irrelevant moment når man vurderer hva knappe ressurser bør brukes til.

4. Vekstutsikter for HO-bemanning

HPK gir en god fremstilling av fremskrivninger av bemanningsbehovet i HO fremover, ikke minst av de beregningene som SSB har utført på oppdrag for HPK, se Holmøy, Hjemås og Haugstveit (2023), heretter HHH-23.[2] Framskrivningene i HHH-23 dekker de skattefinansierte HO-tjenestene som ligger under det lovhjemlede offentlige «sørge-for» ansvaret, fordelt på 14 tjenester. I de senere år har rundt 85 prosent av Norges totale HO-utgifter vært skattefinansiert. Avgrensningen av HO-sektoren er snever i den forstand at vi har utelatt forebyggende HO-arbeid, samt administrasjon og forskning utenfor de behandlende HO-institusjonene. I 2019 var snaut 315 000 årsverk sysselsatt i «vår» HO-sektor, tilsvarende 13 prosent av alle årsverk i norsk økonomi.

2. I en annen del av SSBs oppdrag for HPK avdekker Jia, Kornstad, Stølen og Hjemås (2023) ubalanser i arbeidsmarkedet for HO-personell ved å sammenligne etterspørselsutviklingen med realistiske fremskrivninger av arbeidstilbudet fra ulike HO-yrkesgrupper.

Framskrivningene tar utgangspunkt i at antall årsverk som trengs i et gitt år for å dekke etterspørselen etter en gitt HO-tjeneste fra en befolkningsgruppe med gitt kjønn og alder, kan dekomponeres som følger:

$$\text{Årsverk} = \frac{\text{Årsverk}}{\text{Brukere}} \cdot \frac{\text{Brukere}}{\text{Personer}} \cdot \text{Personer}$$

Vi betegner årsverk per bruker[3] som «standard», men dette forholdstallet reflekterer også arbeidsbesparende produktivitet. «Brukerfrekvens» betegner brukere per person. Utgangspunktet for ulike forutsetninger om fremtidig utvikling i brukerfrekvenser og tjenestestandarder er 2019-tall basert på ulike registre med individdata. Tall for antall personer med gitt kjønn og alder er hentet fra hovedalternativet i SSBs befolkningsfremskrivninger fra 2022 (MMM-22), se tabell 1. Dette er tilnærmet likt hovedalternativet i SSBs fremskrivninger fra 2020, men viser noe lavere befolkningsvekst enn 2018-fremskrivningene som følge av at nedjusteringer av fruktbarhet og nettoinnvandring betyr mer enn nedjustert dødelighet.

Tabell 1. Nøkkeltall fra hovedalternativet i SSBs befolknings-fremskrivninger fra 2022

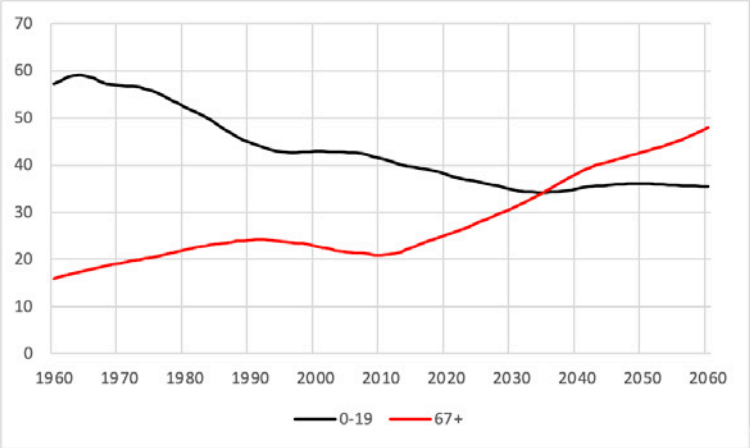
År	2022	2040	2060
Folkemengde per 1. jan., millioner	5,3	5,9	6,1
Levendefødte, 1000	51,5	59,8	55,4
Døde, 1000	45,8	52,7	61,6
Nettoinnvandring, 1000	57,9	11,7	10,8
Forventet levealder ved fødsel, periodemålt	83,4	86,9	90,0
Samlet fruktbarhetstall, periodemålt	1,5	1,7	1,7

Kilde: https://www.ssb.no/statbank/list/folkfram og HHH-23, kapittel 5.

Aldringen av befolkningen har lenge vært et hovedtrekk i befolkningsfremskrivingene, blant annet fordi den bidrar til en kraftig vekst i offentlige utgifter til pensjoner og HO. Spesielt er omsorgsbehovet høyt blant personer i gruppen 80 år eller eldre. Denne aldersgruppen tredobles vokser fra 240 000 i 2022 til 717 000 i 2060. Korresponderende tall for gruppens befolkningsandel er henholdsvis 4 og 12 prosent som avspeiler at veksten blir meget svak for yngre aldersgrupper.

Tabell 2 viser aldringens betydning for størrelser relatert til den demografiske forsørgerbyrden, målt ved forholdet mellom tallet på dem som stort sett er for unge (under 20 år) eller gamle (eldre enn 66 år) til å være selvforsørget gjennom arbeid, og den resterende yrkesbefolkningen.[4] Sistnevnte gruppe vil vokse lite mot 2060. Det samme vil da samlet sysselsetting, gitt dagens sysselsettingsandeler og gjennomsnittlige arbeidstider. Selv om andelen 0-19 år fortsetter å falle (figur 2), fører den sterke aldringen til at denne forsørgerbyrden øker gradvis fra 63 prosent i 2022 til 83 prosent i 2060. Her må det legges til at dagens forsørgerbyrde på 63 prosent er svært lav sammenlignet med tall bakover i tid. I 1960 var byrden 73 prosent, det samme som forventes i 2040. Men innholdet i gruppen som ikke er selvforsørget er endret fra «mange» unge og «få» gamle i 2060 til relativt få unge og mange gamle i 2040. I den norske velferdsstaten betyr denne sammensetningsendringen at offentlige utgifter øker relativt til skattegrunnlagene.

Figur 2. Unge (0-19 år) og eldres (67+ år) andeler av samlet folkemengde. Historiske tall og fremskrivninger (MMM-22). Prosent.



Kilde: https://www.ssb.no/statbank/list/folkfram.

Tabell 2. Demografisk forsørgerbyrde i hovedalternativet i befolkningsframskrivingene fra 2022 (MMM-22). Prosentandeler av personer 20-66 år der intet annet angitt.

Aldersgruppe	1960	1980	2000	2022	2040	2060
Prosentandeler av 20-66 år						
0-19	57	52	43	37	35	35
67+	16	22	23	26	38	48
80+	3	5	7	7	14	22
0-19 og 67+	73	74	66	63	73	83
Eldres velgerandel: 55+ per 18+, pst.	40	43	41	47	52	57
Pårørende per gammel: 50-70 per 85+	31	21	11	12	6	4

Kilde: https://www.ssb.no/statbank/list/folkfram

Figur 3 viser utviklingen mot 2060 i tre av scenariene for skattefinansierte HO-årsverk i HHH-23. Vi har kalt et av de midlere scenariene «referanse» fordi det har tjent som sammenligningsgrunnlag i ulike sammenhenger. Vi har ingen sterke grunner til å mene at dette er mer realistisk enn andre scenarier. Her øker HO-årsverkene med nesten 250 000 fra 2019-nivået til 561 000 i 2060. Når HO-årsverkene ses i forhold til sysselsettingsutviklingen i «Basisforløpet» i Perspektivmeldingen 2021, innebærer referansealternativet at

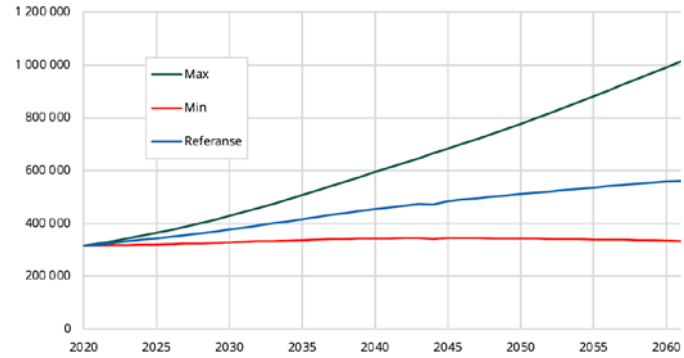
3. Med "bruker" menes en person som har hatt kontakt med HO-tjenestene en eller flere ganger i løpet av et år.

4. Inndelingen i selvforsørgede og ikke-selvforsørgede er selvsagt firkantet når den skjer etter kun alderskriterier. Man tar for eksempel ikke hensyn til uførhet og høyere utdanning. Dette er en generell innvending mot rene demografiske mål på forsørgerbyrde. Beregninger i blant annet regjeringens perspektivmeldinger og Holmøy og Strøm (2017), Bjertnæs, Holmøy og Strøm (2019) og Holmøy, Hjemås, Sagelvmo og Strøm (2020) gir mer realistiske beskrivelser av hvor mye gjennomsnittspersoner bidrar med til offentlige inntekter og utgifter gjennom livsløpet.

HO-sektorens sysselsettingsandel vokser fra 13 prosent i 2019 til 22 prosent i 2060. Utover demografien, bygger denne veksten på følgende forutsetninger:

- Standarden forbedres mer enn det produktivitetsvekst alene gir rom for, slik at årsverk per bruker i alle HO-tjenester øker med 0,5 prosent i alle år.
- Den uformelle omsorgen utført av pårørende og venner (familieomsorgen) forblir som i 2019. Sammenlignet med økt familieomsorg, bidrar dette til økt behov for offentlig omsorg.
- Aldersspesifikk helsetilstand bedres i takt med fallende aldersspesifikk dødelighet for personer eldre enn 55 år. Det slår ut i fallende brukerfrekvenser for alle omsorgstjenester og somatikk.

Figur 3. Offentlige HO-årsverk i tre scenarier 2020-2060.



Kilde: HHH-23

Referansescenariet avviker lite fra et scenario hvor brukerfrekvenser og årsverk per bruker holdes uendret på respektive 2019-nivåer. Her vokser HO-årsverkene kun på grunn av demografiske endringer, og effektene av aldringen dominerer. Vi kan altså si at effektene av de spesifikke antakelsene om helseforbedring i referansealternativet nesten nøytraliserer veksteffektene av standardvekst og nullvekst i familieomsorgen. Merk at konstante brukerfrekvenser innebærer at i) den aldersspesifikke helsetilstanden forblir som i 2019 (eller nøytraliseres av andre effekter), og ii) familieomsorgen vokser prosentvis like mye som årsverkene i offentlig omsorg.

I «Maximumsscenariet» antas at standard- og produktivitetsveksten fører til at årsverk per bruker øker med 1 prosent per år frem til 2060. I tillegg skjer det ingen helseforbedringer og familieomsorgen forblir som i 2019. HO-sysselsettingen vil da passere 1 million årsverk i 2060, tilsvarende 39 prosent av samlet sysselsetting. Dette er formidable tall som de fleste trolig vil avvise som usannsynlige. Imidlertid avviker ikke den prosentvise veksten i maximumsscenariet mye fra veksten bak oss, til tross for at aldringen fremover er klart sterkere enn i de siste 5 tiårene. Dette fremgår av tabell 3 som viser historiske vekstrater for årsverk i skattefinansiert spesialisthelsetjeneste og omsorg siden 1973 sammen med tilsvarende vekstrater i Referanse-, Max- og Min-scenariene. Årsverkene i disse tjenestegruppene utgjorde nær 87 prosent av samlede HO-årsverk i 2019.[5]

Tabell 3. Vekst i årsverk totalt i Spesialisthelsetjenesten og Omsorg. Faktisk utvikling og fremskrivninger. Gjennomsnittlige årlige vekstrater i prosent

	Faktisk	Referanse	Max	Min
1973-1980	4,5			
1980-2000	3,1			
2000-2019	2,4			
2019-2040		1,8	3,4	0,4
2040-2060		1,0	2,7	-0,1

Kilde: HHH-23.

«Minimumsscenariet» innebærer tilnærmet nullvekst i offentlig HO-sysselsetting. Det samsvarer dermed godt med HPKs anbefalte utvikling, gitt at heller ikke sysselsettingen i det markedsrettede HO-tilbudet øker vesentlig fra dagens nivå. I dette scenariet er det særlig forutsetningene om produktivitet og standard som skiller seg mest fra andre scenarier: produktiviteten vokser systematisk raskere enn standarden, slik at årsverk per bruker faller med 0,5 prosent i alle år. I tillegg antas fallende brukerfrekvenser som følge av vedvarende forbedringer av de eldres helsetilstand slik som i Referansescenariet. Familieomsorgen øker prosentvis like mye som arbeidsinnsatsen i offentlig omsorg, men det medfører altså nullvekst i dette scenariet. Gitt reduksjon av brukerfrekvensene gjennom plausibel forbedring av helsetilstanden, kan man altså beholde dagens standard i offentlig HO hvis arbeidsproduktiviteten heves med 0,5 prosent i alle år, gitt at denne høstes i form av bemanningskutt – ikke flere og bedre tjenester per bruker.

5. Effektivisering av HO: Når ønsker blir til tro

HPK forsøker i kapittel 13.3 å sannsynliggjøre at tilnærmet nullvekst i samlet HO-sysselsetting er realistisk. Forsøket har ikke fått meg til å ønske endring i oppsummeringen i HHH-23 (s.4): *«Rapporten bekrefter tidligere fremskrivninger som viser at det skal mye til for at ikke denne andelen vil øke betydelig fremover. Det gjelder særlig omsorgen for en raskt voksende gruppe eldre.»*

La meg starte med å peke på at HPK bruker fremskrivninger av demografi og bruk av skattefinansierte tjenester på en helt annen måte enn det som er typisk i statens og kommunenes planlegging og budsjettering knyttet til bemanning og investeringer i barnehager, utdanning og HO. Her brukes beregninger av samme type som vist over for HO til å anslå demografikostnader. Anta hypotetisk at vi får en sterk og varig vekst i fødselstallene fremover. Det ville trolig skjerpet ønsket om effektivisering og andre kostnadsbesparelser, men ville ønsket om dette ført til en anbefaling om nullvekst i barnehagepersonell og lærere? For HPK har ønsker og håp blitt til tro. I noen grad kan man basere seg på at ny teknologi og læring av feil og erfaringer skaper produktivitetsvekst. Men det er useriøst bruke en beregnet hypotetisk produktivitetsvekst som er sterk nok til å gjøre bemanningsvekst overflødig, som et realistisk anslag på den produktivitetsvekst vi faktisk vil få fremover.

Man kan i det hele tatt lure på hva HPK skulle med nye fremskrivninger av behovet for HO-sysselsetting. En ting er at man på forhånd måtte vite at disse ikke ville skille seg mye fra tilsvarende tidligere fremskrivninger. Men hovedpoenget er at

5. Historiske tall for kommunehelsetjenestene lot seg ikke fremskaffe innenfor prosjektrammen for HHH-23.

kommisjonen anbefaler nullvekst helt uavhengig av hva slike fremskrivninger viser.

I vurderingene av hvordan veksten i HO-sysselsettingen kan realiseres og finansieres har ulike regjeringer i flere Perspektivmeldinger lagt vekt på mulighetene for å øke arbeidstilbudet. Også her kan man diskutere håp versus realisme. Diskusjonen er imidlertid langt mer reell enn det HPK leverer. Selv om HPK peker på områder hvor effektivisering kan være mulig, inneholder ikke rapporten noe i nærheten av et regnskap som viser den samlede effekten av realistiske effektiviseringsgevinster, og at disse er store nok til å nøytralisere effektene av aldringen.

HPK peker også selv på at deres anbefalte utvikling bryter radikalt med historiske trender. HHH-23 viser at 47 prosent av årsverksveksten i perioden 1973-2019 kan tilskrives andre forhold enn demografiske endringer. Per definisjon faller slike «andre forhold» inn under økning i brukerfrekvenser og/eller årsverk per bruker. Noe av denne utviklingen kan på 1970- og 1980-tallet tilskrives flyttingen av omsorgen for barn og eldre fra hjemmet til arbeidsmarkedet. Imidlertid er det grunn til å tro at standardvekst har hatt større betydning, ikke minst fordi den medisinske og teknologiske utviklingen har gjort det mulig å diagnostisere og behandle langt flere lidelser og sykdommer enn tidligere. Hva indikerer at denne utviklingen blir radikalt svakere fremover enn hittil?

Den historiske HO-veksten må ses i sammenheng med den generelle økonomiske veksten som har gitt rom for betydelig og langvarig vekst i både offentlig og privat forbruk per innbygger. Veksten i det offentlige HO-tilbudet har ikke hindret at realverdien husholdningenes forbruk per innbygger i dag er 3 ganger 1970-nivået. De fleste studier finner at HO-etterspørselen vil øke sin andel av samlede forbruksutgifter som følge av en gitt isolert inntektsøkning. Selv om framskrivningene i Perspektivmeldinger og SSB-prosjekter[6] legger til grunn på lavere realinntektsvekst per inn bygger fremover enn i tidligere tiår, vil Norge fortsatt oppleve velstandsvekst. Hvorfor skal politikken hindre at denne høstes også i form av flere og bedre HO-tjenester?

Begrunnelser for at veksten i HO-sysselsettingen kan avta fremover, peker gjerne på to drivkrefter: i) aldersspesifikke helseforbedringer blant eldre og økt bruk av arbeidsbesparende velferdsteknologi. HPK setter også sterk lit til disse effektene. Jeg er enig i at de virker realistiske, og HHH-23 illustrerer betydningen av dem. Men grunnlaget for konkret tallfesting av styrken i disse effektene er og blir særdeles spinkelt.

Uavhengig av måleproblemer må vurderinger av fremtid versus fortid ta hensyn til at forbedringer av helse, teknologi og organisering ikke er noe som kun ligger foran oss; dette har vi opplevd i mange tiår, og hva har resultatene vært? Hvis friskere aldring har vært viktig for økningen i forventet gjenstående levealder for gamle, hvorfor har ikke dette i større grad bremset HO-veksten i tiårene bak oss hvis man tror at friskere aldring vil bidra sterkt til å redusere HO-bruken i tiårene foran oss? Samme spørsmål gjelder ny velferdsteknologi: Hvorfor har ikke teknologiske nyvinninger i større grad bremset den historiske veksten i HO-sysselsettingen? Utviklingen av velferdsteknologi må lykkes svært godt hvis den skal match effektene av teknologiutviklingen bak oss. Vi trenger ikke gå tilbake til tiden da hjemmene fikk innlagt vann og kloakk for å finne eksempler på teknologiske nyvinninger som må ha bedret mulighetene radikalt for eldre og syke til å klare seg selv. Tenk på betydningen av at man kan ta heis fremfor å gå trappa, nye maskiner som letter husarbeidet, flere medisinske hjelpemidler, redusert avstand for stadig flere brukere til legesenter, hjemmetjeneste, apotek, offentlig kommunikasjon og pårørende. Det mangler heller ikke på forsøk i tiårene bak oss på omorganiseringer og reformer innenfor HO med sikte på å få mer helse ut av hver krone. Når den historiske veksten i HO-sysselsettingen har vært så sterk som den har vært, må derfor andre vekstfaktorer ha spilt en enda viktigere rolle enn forbedringer av helsetilstand, teknologi og organisering. Når man ikke kjenner innholdet i disse andre faktorene, hva er da begrunnelsen for at de skal spille en mindre rolle fremover enn hittil?

Kombinasjonen av sterk vekst antall personer eldre enn 80 år og en eventuell gjennomføring av nullvekst i HO-sysselsettingen vil innebære et økende press for at pårørende skal overta mer av omsorgsarbeidet. HPK legger stor vekt på uformell omsorg. Når vi ser bort fra at samboende hjelper hverandre, betyr dette i praksis de hjelpetrengendes barn. Hvis vi antar at de hjelpetrengende er 85 år eller eldre, vil denne gruppens barn stort sett være mellom 50 og 70 år gamle. Fra 2022 til 2060 vil antallet i gruppen 50-70 år per person 85 år eller eldre falle fra 12 til 4. Mesteparten av dette fallet kommer mellom 2024 og 2040. Isolert sett svekker dette kraftig mulighetene for at familieomsorg kan avlaste den offentlige eldreomsorgen fremover.

HO-tilbudet har lenge vært en hovedsak i de aller fleste valgkamper. Er det sannsynlig at HPKs anbefaling vil vinne frem politisk fremover? Tabell 2 viser tall som er relevante for svaret på dette spørsmålet. Jeg har definert gruppen «eldre velgere» som dem som er 55 år eller eldre. Disse er enten selv gamle, pårørende med god innsikt i de eldstes HO-behov, eller i økende grad opptatt av hvilken livskvalitet de kan se frem til som alderspensjonister. Denne gruppen utgjorde 47 prosent av alle velgerne i 2022. 50 prosent passeres før 2040, 57 prosent i 2060. Vil det finnes noen annen velgergruppe med en slik størrelse og med så homogene og så sterke interesser som det denne gruppen vil ha for HO- og pensjonspolitikk? Vil ikke disse interessene få politisk gjennomslag?

6. Se for eksempel Holmøy, Hjemås, Sagelvmo og Strøm (2020) og Bjertnæs, Holmøy og Strøm (2019).

6. HO-vekst fremover: Offentlig eller privat?

Vurderingene over sier først og fremst at etterspørselen etter HO-tjenester vil vokse sterkt. Jeg er enig i at etterspørselen alene ikke bør bestemme sysselsettingen i de ulike HO-tjenestene når brukerne ikke konfronteres direkte med prisen tjenestene. Og det gjør de sjelden når 85 prosent av Norges samlede HO-utgifter skattefinansieres. Også i andre vesteuropeiske land ligger den offentlige finansieringsandelen stort sett rundt 80 prosent. Det faktiske skattefinansierte HO-tilbudet avhenger derfor av politikk, herunder budsjettmessige prioriteringer, og mulighetene til å konkurrere om kompetent arbeidskraft. Over tid har imidlertid politikken som bestemmer HO-sektorens størrelse og sammensetning tatt hensyn til etterspørselsforhold, særlig objektive forhold som sterk vekst i antall brukere med store naturlige behov. Dette er trolig grunnen til at – så vidt jeg vet - alle langsiktige fremskrivninger av ressursbehovet innenfor HO konsentrerer seg om endringer i HO-etterspørselen på stort sett samme måte som i HHH.

Begrunnelsene for at det offentlige i de fleste land tar et hovedansvar for regulering og finansiering av HO-tilbudet er for det første at private HO-markeder, inklusive markeder for private HO-forsikringer, ikke vil fungere godt. En betydelig faglitteratur forklarer ulike former for markedssvikt i private HO-markeder, og jeg går derfor ikke nærmere inn på dem her. Sterk vekst i de tyngste brukergruppene reduserer ikke problemer med markedssvikt ved privatisering av HO.

Et annet viktig argument for et stort offentlig HO-ansvar er fordelingshensyn. Ulik evne til å kjøpe HO-tjenester i private markeder vil trolig bli enda mindre akseptert blant velgerne enn generell inntektsulikhet, fordi utslagene kan bli dramatiske. Hva gjør man hvis personer med smerter, skader eller sykdom ikke kan betale for riktig behandling? Muligheten for slike situasjoner er grunnen til at privatisert HO i praksis vil ledsages av private HO-forsikringer. Men en viktig grunn til at det offentlige tar et stort ansvar for billige HO-tjenester, og annen sosialforsikring, er at mange mennesker ikke er så rasjonelle og fremsynte at de vil kjøpe tilstrekkelig forsikring. (Noen, for eksempel syke og uføre vil heller ikke ha råd til det eller få tilbud om det.) Muligheten er da stor for at systemet bryter sammen. Hva gjør man når ulykken er ute og den uforsikrede står der med akutt og sterkt HO-behov som han/hun ikke kan betale for? Hvor går grensen for hvor man bryter loven om hjelpeplikt hvis man ikke hjelper dem? Vil flertallet i et av verdens aller rikeste land akseptere at folk forkommer? Hvis de som ikke har betalt forsikring likevel får hjelp, kan de som har betalt for forsikringer med god grunn mene at dette var bortkastet pengebruk når man uansett hjelpes.

Jeg vil trekke frem et annet moment som også har med fordelingspolitikk å gjøre. Alders- og uførepensjonister har i praksis ingen mulighet til å øke sine inntekter ved å jobbe mer dersom utgiftene øker. Hvis utviklingen i Norge går i retning av at folk gradvis må øke sine kjøp av HO-forsikringer, fordi det skattefinansierte HOI-tilbudet ikke holder tritt med etterspørselen, vil kjøpekraften av pensjonsytelsene uthules. Subsidierte HO-tjenester og pensjon er to sider av samme sak: pensjonistenes levestandard. Det reformerte norske pensjonssystemet av 2011 inneholder bygger etter min og manges mening på gode prinsipper. Systemet kom som resultat av en langvarig og vanskelig prosess. Hvis pensjonistene ikke kompenseres i tilfellet med gradvis vekst i private HO-utgifter, har man brutt betingelsene som lå til grunn for pensjonsreformen. Privat pensjonssparing vil øke, og vi vil få en sterk økning i antall pensjonister med lav inntekt og store HO-behov. Hvis pensjonistene kompenseres, vil besparelsen i offentlige HO-utgifter dempes av vekst i offentlige pensjonsutgifter.

Det vil være naivt å tro at offentlig HO-ansvar løser alle de problemene man må regne med i mer privatisert HO-system. Uten hjelp fra markedskreftene er det et reelt problem å bestemme HO-sektorens størrelse og sammensetning. Man kommer ikke unna stor usikkerhet og mangelfull informasjon om nytte og kostnader. Man kan dermed ikke svare sikkert på spørsmålet: Avviker Norges HO-prioriteringer sterkt fra det man ville valgt dersom man - hypotetisk - hadde full informasjon om relevante forhold? Hvis man likevel mener at svaret er ja, er det påfallende at det har vært så bred politisk enighet om de viktigste HO-prioriteringene, og at HO-andelen av nasjonalinntekten i Norge lenge har ligget nær gjennomsnittet for vesteuropeiske land. Har alle disse tatt helt feil av hva som er en fornuftig HO-prioritering?

HPK bruker sammenligninger ulike HO-relaterte størrelser i Norge og andre land. Generelt mener jeg at internasjonale sammenligninger ofte virker rituelle, og at de gjøres uten at man egentlig vet hva slags informasjon de gir og hva de impliserer. Dette gjelder også HPKs sammenligninger. I utgangspunktet norske myndigheter og eksperter bedre forutsetninger for å finne den riktige størrelsen og sammensetningen av offentlige HO. Sammenligninger med andre land som har andre HO-prioriteringer enn de norske, er egentlig irrelevante hvis man ikke vet om folk i disse landene har det bedre som følge av disse forskjellene. Hva lærer vi f.eks. av å få vite at Norge er blant de landene i Europa som har de aller høyeste helseutgiftene per innbygger, korrigert for forskjeller i prisnivå? Betyr dette at Norge har overprioritert helse, eller avspeiler det at Norge er det rikeste landet i Europa, og at gjennomsnittsinnbyggeren kjøper mer av det meste enn man gjør i mindre rike land? Et bedre mål på hvordan landene har prioritert HO, er HO-utgiftenes andel av nasjonalinntekten. BNP-andelene som HPK viser, får frem det samme bildet. Prioriteringen av HO varierer ikke mye mellom Europas rikeste land, og blant disse ligger Norge omtrent midt på treet. Disse internasjonale sammenligningene gir ikke grunnlag for å mene at Norge er en ekstravagant avviker i sin HO-prioritering. HPK påstår heller ikke det. Men i debatten om utredningen opplever jeg at et høyt norsk HO-forbruk sammenlignet med andre land brukes i forsvaret av kommisjonens anbefaling om tilnærmet nullvekst i HO-bemanningen.

Den store og interessante avvikeren i disse sammenligningene er USA. Her har innbyggerne selv betalt nær 60 % av HO-utgiftene av egen lomme eller gjennom private helseforsikringer. Tilsvarende privat finansieringsandel i Norge er 15 %. Likevel utgjør helseutgiftenes BNP-andel i USA nær 20 % mot vel 11 % i Norge. Og jeg har til gode å se at USAs helsevesen fremheves som et forbilde med hensyn til effektivitet og fordeling.

7. Oppsummering og avsluttende betraktninger

Ifølge første punkt i sitt mandat skulle HPK «gi en helhetlig og kunnskapsbasert vurdering av behovene for personell og kompetanse fram mot 2040 i lys av sentrale utviklingstrekk og behovet for å ivareta en bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste i hele landet, jf. blant annet utfordringene som er trukket opp i Perspektivmeldingen (Meld. St. 14 (2020–2021)).» HPKs svar på denne oppgaven er at det er hverken nødvendig eller ønskelig med vesentlig vekst i HO-bemanningen fremover. Begrunnelsene for dette hovedbudskapet holder ikke. De baserer seg for det første på helt urealistiske antakelser om at man kan hindre vekst i privatisert HO hvis det offentlige tilbudet ikke holder tritt med etterspørselen. For det andre reflekterer det en favorisering av andre næringer som bryter fullstendig med samfunnsøkonomiske prinsipper for effektiv bruk av knappe ressurser. For det tredje har HPK erstattet realisme med ønskedrømmer når den mener at effektivisering, forbedringer av helsetilstand, omorganiseringer, økt egeninnsats og familieomsorg vil nøytralisere virkningene av aldring slik at det blir mulig å beholde, kanskje bedre dagens standard på HO-tjenestene uten bemanningsvekst. HPK er ikke i nærheten av å gi tallanslag som sannsynliggjør at dette er realistisk.

Jeg har ikke den medisinske kompetansen som trengs til å vurdere gehalten i HPKs forslag til effektivisering og omorganisering. Det er dette som burde vært hovedsaken, og det kan hende at HPK her har verdifulle innspill. HPK har selv satt disse i skyggen av sin offensive anbefaling om tilnærmet nullvekst i HO-sysselsettingen. Tilliten til at HPK's forslag virkelig er potente ville vært større hvis kommisjonen i større grad kunne forklare hvorfor tidligere effektiviseringstiltak ikke har virket etter hensikten.

Som et av verdens rikeste land har Norge råd til å videreføre, trolig også bedre standarden på dagens offentlige HO-tilbud, selv om det krever sterk vekst i HO-sysselsettingen. Også med nøkterne anslag på produktivitetsveksten fremover vil det fortsatt være rom for en beskjeden velstandsvekst fremover, se Holmøy mfl. (2020). Husk at utgangspunktet for denne veksten er en levestandard for gjennomsnittsinnbyggeren som verden aldri har sett maken til. Den reelle veksten per innbygger i nasjonalinntekt og totalt BNP påvirkes lite av at mye av den brukes på HO. HO-veksten vil komme i privat sektor dersom det offentlige reduserer ambisjonene for sitt sørge-for ansvar. Det vil betyr at utgiftene vil betales av egen lommebok, fortrinnsvis via forsikringspremier, i stedet for økte skatter. Det kan føre til lavere samfunnsøkonomisk effektivitet i HO-produksjonen og mer dramatiske utslag av inntektsulikhet. Veksten i annet forbruk blir isolert sett lavere når veksten i HO-forbruket forsterkes, uavhengig av om HO-veksten kommer i privat eller offentlig regi. De tilhørende endringene i sysselsettingens fordeling på næringer vil reflektere en velfungerende økonomi som bruker knappe ressurser på det som gir høyest nytte for samfunnet.

En slik utvikling står og faller på at tilstrekkelig mange vil jobbe i HO-yrkene, og at skattebetalerne aksepterer de skatteøkningene som trengs for å finansiere HO-veksten. Omstillingene blir store, men vil skje jevnt over flere tiår. De blir neppe vesensforskjellige fra tidligere omstillinger da arbeidskraft beveget seg fra primærnæringer til industri og videre til privat og offentlig tjenesteyting. Veksten i HO-sysselsetting burde i utgangspunktet være enklere å realisere enn vekst i mange andre sektorer, siden den særlig vil rette seg mot yrkesgrupper som ikke krever lang utdanning. Forhåpentligvis kan HO-veksten bidra til å øke yrkesdeltakelsen blant unge uten høy utdanning. Men det vil være naivt å tro at veksten kan realiseres uten en heving av det relative lønnsnivået for HO-ansatte. Skatteviljen kan styrkes ved å tydeliggjøre at privatisering av HO-veksten ikke vil bli billigere enn skattefinansiering.

Like etter at HPK la frem sin utredning fortalte Aker BP-sjef Karl J. Hersvik at selskapet kommer til å trenge 150 000 nye årsverk frem til 2027, en vekst som er langt sterkere enn i maksimumsalternativet i HHH-23. Mitt inntrykk er at slike behov for mer arbeidskraft er gladmeldinger når de kommer fra næringslivet, spesielt hvis de kommer fra eksportindustrien. Veksten i antall HO-brukere fremover innebærer at en voksende del av befolkningen bokstavelig talt vil få føle på kroppen at forebygging og behandling av sykdom og skader, lindring av smerter, og forlengelse av et godt liv ikke er mindreverdige former for verdiskaping.

Referanser

Bjertnæs, G. H., E. Holmøy og B. Strøm (2019): Langsiktige virkninger på norsk økonomi av økt fruktbarhet. Rapporter 2019/16, Statistisk sentralbyrå.

Finansdepartementet (2021): Meld. St. 14 (2020-2021): Perspektivmeldingen 2021.

Helsepersonellkommisjonen (2023): Tid for handling, NOU 2023:4.

Holmøy, E., G. Hjemås og F. Haugstveit (2023): Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg. Fremskrivninger og historikk. Rapporter 2023/3, Statistisk sentralbyrå.

Holmøy, E., G. Hjemås, I. Sagelvmo og B. Strøm (2020): Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060, Rapporter 2020/42, Statistisk sentralbyrå.

Jia, Z., T. Kornstad, N.M. Stølen og G. Hjemås (2023): Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040, Rapporter 2023/2, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (2023): Økonomisk utsyn over 2022. Økonomiske analyser 2023/1.

Merknader til Helsepersonellkommisjonens innstilling: Verdigrunnlag. Bærekraft. Privatisering.

Hans Erik Heier, professor emeritus, tidligere avdelingsoverlege, spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin.

Verdigrunnlag og mandat.

Mennesker har gjennom alle tider ønsket å hjelpe og verne skadde og syke medmennesker. Spor er funnet i det gamle Egypt av institusjoner for syke. Kirkemøtet i Nikea i 325 e.Kr. bestemte at det skulle finnes hospitaler for pilegrimer i alle katedralbyer. Dette var utgangspunktet for at kirker og klostre ivaretok det meste av omsorgs- og pleieoppgavene de neste 12-1300 årene. At vi i det hele tatt har en offentlig helse- og omsorgstjeneste (HOT), er derfor i tråd med innholdet i Grunnlovens §2:«Verdigrunnlaget forblir vår kristne og humanistiske arv».

Folketrygden ble innført i 1967 som en samfunnskontrakt der det offentlige påtar seg å dekke innbyggernes behov for HOT og anstendig alders- og uførepensjon, mot inntektsstyrte bidrag fra skatteyterne gjennom hele livet. Forutsetningen var at alle rimelige helsebehov skal dekkes, og at det skal være lik tilgang til tjenestene for alle. Dette hindrer ikke at helsevesenet må prioritere noen tilstander fremfor andre, men hovedprinsippet består.

Mandatet til helsepersonellkommisjonen lyder i kortform:

«Kommisjonen skal 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 (HPK) drøfter ***verdigrunnlaget*** kort i kapittel 11:

«Prioriteringer i helse- og omsorgtjenestene gjøres med utgangspunkt i et verdigrunnlag som er forankret i lovverket og andre sentrale dokumenter. Meld. St. 34 (2015–2016) omtaler «det ukrenkelige menneskeverdet» som en grunnleggende verdi. Deretter presiseres et verdigrunnlag for den norske helse- og omsorgssektoren der «likhet, rettferdighet, likeverdig tilgang til tjenester av god kvalitet, faglig forsvarlighet, menneskeverd og solidaritet med de svakeste stilte [står] sentralt» (Meld. St. 38 (2020–2021) s. 16).

Historisk, etisk og juridisk forankring burde vært drøftet aller først i innstillingen. Da kunne rapporten vært bygd opp logisk. Nå får verdigrunnlaget en ganske bortgjemt plass, som om man ikke bryr seg stort om det. Det savnes en klargjøring av om det offentlige fortsatt har som ambisjon å dekke alle rimelige helsebehov for befolkningen.

HPK tar i liten grad inn over seg eksistensen av verdier som ikke kan måles i penger. Uten slike verdier er begrepet velferdsstat meningsløst. HPK skriver i kapitel 2.5.1.:

«Helse- og omsorgstjenesten er en slik arbeidsintensiv næring.»

Å se på HOT som en næring virker fremmed i et velferdssamfunn. Skal man være tro mot verdigrunnlaget i Grunnlovens § 2, bør man heller se HOT som en utgift som samfunnet påtar seg for å gi medmennesker best mulig helse lengst mulig. En sammenligning med Forsvaret virker naturlig: Forsvaret er vårt vern om nasjonal frihet og territorial integritet, men det er ingen næring. HOT er vårt vern mot sykdom, funksjonsnedsettelse og for tidlig død, men det er ingen næring.

Figur 2.17 i rapporten viser at produktiviteten i HOT har økt mindre enn i andre samfunnsområder (næringer). HPK skriver:

«Produktiviteten i helse- og omsorgstjenesten er vesentlig lavere enn i økonomien for øvrig. Dette henger sammen med at mange oppgaver i tjenesten er svært arbeidsintensive. Det gjelder særlig i omsorgstjenestene.»

Hvordan kan resultatene av for eksempel ortopediske operasjoner hos eldre sammenlignes med aluminiumsproduksjon i Høyanger? Hvordan beregnes produktiviteten i sykehjem? Skal alt være økonomi? Er produktivitet det eneste vi skal strebe etter? Er det et slikt samfunn vi ønsker å bygge? I det norske samfunnet er nå den store mangelvaren menneskelig kontakt. Alt skal automatiseres av hensyn til effektivitet og lønnsomhet. Med et tydeligere forhold til verdigrunnlaget ville man kunne drøftet disse problemene grundig, til pasientenes gunst.

Bærekraft.

Helsepersonellkommisjonen skriver om en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i 2.5.1.:

«En bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i hele landet innebærer at vi må finne en rimelig balanse mellom den økonomiske bærekraften, herunder det finansielle handlingsrommet og utgifter til helse- og omsorgstjenester, den demografiske utviklingen og sysselsettingen i helse- og omsorgstjenestene. ---
Bærekraften i tjenestene defineres av tilgjengelige personellmessige og finansielle ressurser»

Bærekraft defineres her altså ut fra økonomi og tilgjengelig personell.

Ad økonomi: HOT i et velferdssamfunn med en samfunnskontrakt som Folketrygden bør gjøres bærekraftig i den forstand at den dekker alle befolkningens rimelige behov for helse- og omsorgstjenester. Dersom dette ikke er mulig, må det meddeles befolkningen i klartekst, og det må begrunnes godt. Det har ikke skjedd. HPKs innstilling forholder seg ikke til dette spørsmålet.

Ad personell: Det er nå flere administrativt ansatte enn leger i spesialisthelsetjenesten. Ca. hver 5. ansatte har ikke helsefaglig utdanning, og de fleste av disse arbeider innenfor administrasjon, IT, teknisk og driftsmessig støtte mv. Bare administrasjon av Helse Sør-Øst sentralt koster over 2 milliarder i året. Helseforetakene preges av stort og økende antall administrative nivåer, staber, møter og rapporter (Jamtveit, Jacobsen og Wyller, 2020, Heier 2023). I planene for Nye OUS på Gaustad inngår at størstedelen av nåværende Gaustad psykiatriske sykehus skal befolkes av OUS' administrasjon. Utgiftene til administrasjon og andre støttefunksjoner dekkes over samme budsjett som utgiftene til pasientbehandling. HPK berører knapt problemet.

Innstillingen gir et samlet inntrykk av at vi ikke kan bruke mer ressurser i den offentlige HOT enn i dag. Hvis dette er riktig, må man først og fremst se på hvordan offentlig HOT er bemannet. Begrepet «Mer helse for hver krone» må ikke bare innebære at de helsefaglig ansatte skal løpe fortere, men at man spør seg om alle de administrative sjiktene, direktørene, stabene, styrene og kontrollfunksjonene tjener pasientene. Funksjoner og organisasjonsformer som ikke gjør det, må skrelles vekk. HPK drøfter ikke om kunstig intelligens kan brukes i denne sammenheng. Skulle det være tilfelle, kan det lett frigjøres ressurser til flere helsefaglig ansatte.

I «Overlegen» 5/23 hevder president i Legeforeningen Anne-Kari Rime at Norge bruker relativt færre ressurser på HOT enn europeiske land det er naturlig å sammenligne oss med. Det er en annen konklusjon enn den HPK kommer til, delvis også ut fra europeiske sammenligninger. Dette er viktig å få klargjort, for statistiske sammenligninger mellom europeiske land er notorisk belagt med feil på grunn av ulike statistikkunderlag. Det mangler også en grundig historikk der man viser utviklingen i ulike personellgrupper, sengetall etc. fra for eksempel 1970 til i dag. Med en slik oversikt ville man ha vist hvilken enorm effektivisering som allerede har funnet sted, og det ville ha vært mulig å drøfte seriøst hva som er mulig å forvente videre av ansatte og pasienter. Sykehus er ikke industribedrifter, men institusjoner der mennesker tar seg av mennesker, og både behandlere og pasienter er individer med særtrekk, psykologisk og medisinsk.

Inntil videre må man fastslå at HPK ikke på tilfredsstillende vis har oppfylt mandatet om å etablere et kunnskapsgrunnlag for status og fremtidsutsikter for helsepersonellsituasjonen i Norge. Tre figurer i innstillingen skal i den sammenheng nevnes særskilt:

Fig. 2.3: Antallet sysselsatte utenfor HOT har steget jevnt i hele perioden, men flater muligens ut 2018-21 (tallene for 2021 er foreløpige). Relativ andel innenfor HOT har praktisk talt ikke endret seg 2008-21.

Fig. 2.6: Her fremgår det Norge har Europas høyeste relative antall praktiserende sykepleiere og et av de høyeste antallene praktiserende leger. Den svære forskjellen til Danmark og Sverige gir grunn til å tvile på grunnlaget for figuren. Figurteksten tar da også en rekke forbehold som en ikke kan forholde seg til uten å kjenne hele statistikkgrunnlaget i detalj.

Fig. 4.2: Antall helsefaglig utdannete i HOT var i 2021 297 916 Statistisk sentralbyrå). Det betyr at >120 000 ansatte IKKE hadde helsefaglig utdanning. Hvor mange av disse er det reelt bruk for? I tillegg kommer alle helsefaglig utdannete som bruker store deler av sin tid på administrasjon, med møter og rapportskriving. Her er det store mangler i HPKs innstilling.

Privatisering. Todeling av helsevesenet.

HPK siterer Blankholm-utvalget (NOU 2018 -16, Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten):

«For tjenester som har som formål å ivareta innbyggernes grunnleggende behov mente utvalget at samfunnet må akseptere den kostnaden som er nødvendig for å gi et minstenivå av tjenester.»

HPK mener at den offentlige helsetjenesten plikter å yte nødvendige og forsvarlige helsetjenester. Men er dette det samme som minstenivå? Er minstenivå det fremtidige innholdet i samfunnskontrakten Folketrygden? Man kan lett få inntrykk av at dette er HPKs konklusjon; det motsatte blir i hvert fall ikke presisert.

I 1985 hadde vi ingen kommersielle sykehus i Norge (men noen få ideelle). I 2001 hadde vi 8 kommersielle; i dag har vi 42. Ifølge Statistisk Sentralbyrå utførte private 14% av de offentlig betalte helsetjenestene i Norge i 2021. SSB presiserer det ikke, men i tillegg kommer trolig helsetjenester betalt av helseforsikring eller av pasientene selv. Der finnes ingen tilgjengelig statistikk. Mer enn 10% av landets helsefaglig utdannete jobber i private institusjoner. Helsides annonser for private helsetjenester dukker stadig opp i avisene. Norge har nå et todelt helsevesen der det er mulig for dem med penger og/eller forsikring å få utført undersøkelser og inngrep langt raskere enn for andre. Det betyr igjen at landet neppe mangler helsepersonell, men vår offentlige HOT lider av en selvpåført mangel og lekkasje til de private.

Beklageligvis drøfter ikke HPK denne utviklingen. Skal den bare få gå sin gang, eller skal / bør det offentlige meisle ut en strategi for å snu utviklingen og i større grad oppfylle sin del av samfunnskontrakten Folketrygden? Hvilke roller ser man for

seg for ideelle organisasjoner og sykehus og for kommersielle helseaktører? Å overse disse spørsmålene er som å stikke hodet i sanden på strutsevis.

Oppsummering.

1. HPK ser på HOT som en næring og drøfter den bare ut fra økonomi og tilgang på personale. HPK legger liten vekt på de ikke-materielle verdiene av HOT. HPK tar ikke inn over seg at Folketrygden er å oppfatte som en samfunnskontrakt der det offentlige påtar seg å dekke innbyggernes reelle behov for HOT. Skal et minstenivå på tilgangen på offentlig finansiert HOT være målsettingen heretter?

2. HPK skulle etablere et kunnskapsgrunnlag for å vurdere status og fremtidig sikring av tilgang på helsepersonell i Norge. HPK har ikke svart tilfredsstillende på dette. Man har i stedet startet med å si at det ikke er rom for å øke antallet ansatte i HOT og så utredet et stykke på vei hva det vil føre til. Det mangler også en grundig historikk der man viser utviklingen i ulike personellgrupper, sengetall etc. fra for eksempel 1970 til i dag. Hvilken ytterligere effektivisering er egentlig mulig i institusjoner der mennesker skal ta seg av mennesker?

3. Bærekraft drøftes bare i relasjon til tilgang på helsefaglig personale og finanser. Men bærekraft i HOT må handle om evne til å dekke menneskenes behov. Det stilles ikke spørsmål ved de mange administrative sjiktene som har fått utvikle seg. Tjener de pasientene? Hvis ikke, må tiltak settes inn for å effektivisere og redusere administrasjonen heller enn å kreve at de helsefaglig ansatte skal løpe enda fortere.

4. HPK drøfter ikke den tiltakende privatiseringen og todelingen av helsevesenet. Denne utviklingen utfordrer likhetsidealet i velferdsstaten i stadig økende grad. Fremtidige roller for ideelle og kommersielle aktører drøftes ikke.

Innstillingen har derfor vesentlige mangler i forhold mandatet og til utviklingen av HOT i vår velferdsstat – om man da ønsker å bevare denne også for fremtidige generasjoner.

REFERANSER.

Heier HE. Et sykdomstegn: Administrasjonen eser ut. 2023: Artikkel i denne samlingen.

Jamtveit B, Jacobsen AU, Wyller TB. Utvikling i andel administrativt personale i norske helseforetak. Samfunnsøkonomen 2018; 6: 17-21.

Kort om det økonomiske premisset kommisjonen legger til grunn

Finn Olav Rolijordet, økonom, leder i Sammen for lokalsykehusene (Innlandet) og med i Helsepolitisk Utvalg (R)

Helsekommisjonens rapport uttrykker seg veldig klart om det økonomiske premisset for sine konklusjoner, nemlig at det i fremtiden ikke vil være rom i statsbudsjettene til en fortsatt god finansiering av behovet for helsetjenester.

I sammendraget på side 13 heter det:

Forventet reduksjon i inntektene fra petroleumsnæringen i årene fremover vil trolig føre til vesentlig lavere samlet verdiskaping i Norge. Det blir mye mindre handlingsrom i nasjonalbudsjettene.

På side 15 omtales et sprik mellom befolkningens forventninger til dekning av behovet for tjenester og det kommisjonen mener blir mindre økonomiske rammer. Det er som å høre styrene i helseforetakene når de skal kutte ved sykehusene:

Helsepersonellkommisjonen opplever et økende sprik mellom forventningene i befolkningen knyttet til omfang, kvalitet og utbredelse av helse- og omsorgstjenestene, og tjenestenes mulighet til å møte forventningene, som følge av personellmessige og finansielle begrensninger.

Vi går ut ifra at Helsepersonellkommisjonen legger til grunn Perspektivmeldingen 2021 (Meld.St 14. 2020 – 2021), den brukes blant annet som underlag for vurderingene av demografikostnadene i framtida. I kapittel 1.1.2 De langsiktige utfordringene heter det blant annet:

Svekket produktivitetsvekst de siste tiårene er en utfordring vi deler med de fleste andre vestlige land. For Norge vil i tillegg petroleumsnæringen miste mye av sin betydning som vekstmotor for norsk økonomi fremover.

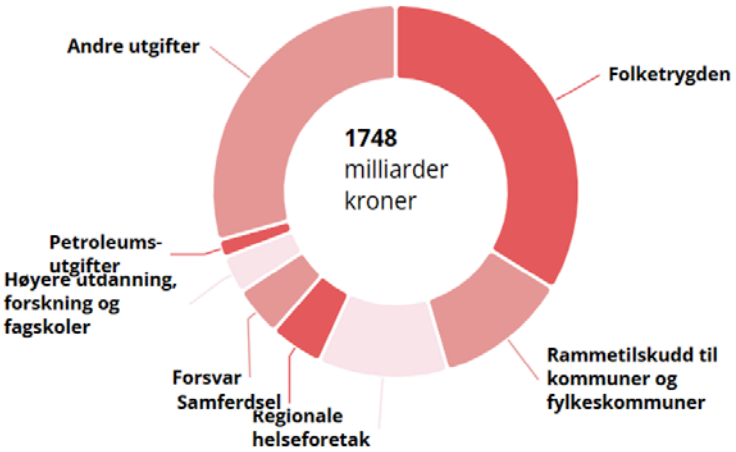
Olje- og gassutvinning er omstridt politisk ut ifra klima- og miljøperspektiv. Flere partier har satt et mål om stans i all utvinning, stans i leting, stans i utdeling av nye konsesjoner. Men det vil, uansett gjennomslag for disse kravene, foregå utvinning av fossile ressurser i mange år framover. Senest i juli melder Det Norske Oljeselskap om nytt funn i Nordsjøen og utvinningsteknologien forbedres stadig slik at mer hentes ut fra eksisterende felt.

Samtidig pågår det for fullt en omstilling til andre mer bærekraftige næringer der målet er å opprettholde og øke verdiskapingen i Norge. Det er ikke gitt at BNP ikke vil vokse tilstrekkelig de neste ti-årene for også å kunne dekke økt behov for helsetjenester. Og husk - Perspektivmeldingen 2021 er utarbeidet før Russland angrep Ukraina og hele energimarkedet i Europa ble endret. Statens inntekter fra energieksport er skyhøye og vil forbli det i mange år framover.

Norsk industri og næringslivet generelt har et klart fokus på produktivitet, det snakkes vel knapt om noe annet mellom partene i næringslivet i forbindelse med tariffoppgjørene.

Helsepersonellkommisjonen problematiserer lav produktivitetsvekst i helsesektoren. Men hvorfor skal vi måle produktivitet i denne sektoren som om det var en hvilken som helst bedrift? Se bidraget fra Hans Erik Heier der han drøfter Helsepersonellkommisjonens mangel på verdigrunnlag og vurderinger. Flere andre av bidragene i motmeldingen og flere av høringsinstansene utfordrer også dette synet.

Vi står selvsagt igjen med at spørsmålet om hvor stor andel av statsbudsjettet helsetjenestene skal ha er et politisk spørsmål, et politisk valg. Ser vi på figuren under om hvordan statsbudsjettets utgifter fordeler seg så må vi faktisk tenke på at dette ikke er en illustrasjon av ulike naturlovers påvirkning på et lands økonomi – dette er resultat av politisk og ideologisk kamp, forhandlinger og prioriteringer. Figuren avslører også andelen gunstige dekningsordninger for oljeselskapene vi holder oss med etter Stortingsvedtak – nærmest uten noen særlig offentlig debatt (kakestykket Petroleumsutgifter). Norge subsidierer oljeselskapenes letekostnader og sikrer dem god fortjeneste. Det er ingen økonomisk grunn til at vi ikke skal ta kampen for at det finansielle behovet for gode og omfattende helsetjenester dekkes også i framtida i et sterkt offentlig helsevesen.



Illustrasjon fra Statsbudsjettet 2023: Statens inntekter og utgifter - regjeringen.no

Figuren inviterer for øvrig til flere refleksjoner rundt en del utfordringer som er utredet i rapporten og det som mange høringsuttalelser kommenterer – nemlig at sykefravær, vikarbruk og en stor andel av deltidsansatte skyldes arbeidsvilkår og arbeidsforhold. Det samme antas ligge til grunn for at mange med helsefaglig utdanning ikke lenger arbeider i sektoren. Mange sliter seg ut på arbeid i helse- og omsorgstjenesten, blir sykmeldt og trygdet. Det gjelder både i kommunesektoren og i spesialisthelsetjenesten. Derfor kan man faktisk tenke seg at økt satsing på grunnbemanning, overkommelige turnuser, tilrettelegging av arbeidet slik at flere kan gå på heltid mm – at det å ta de ansattes krav og behov på alvor, i noen grad vil kunne finansieres av en omfordeling fra kakestykket Folketrygden til Rammetilskudd og Helseforetak uten at den samlede andelen øker utover den årlige veksten.

En slik effekt vil forsterkes av at økte ressurser til spesialisthelsetjenesten vil få ned ventetiden og dermed sykmeldingsperioden, få ned faren for å avslutte et behandlingsløp på sykehus for tidlig for derved å hindre reinnleggelser. Slike perspektiv følger ikke Helsepersonellkommisjonen opp i rapporten, men tegner i stedet et falskt bilde av samfunnets evne til å finansiere sektoren i framtida.

En skremmende rapport

Lene Haug. Leder i Redd Ullevål Sykehus og Helsepolitisk forum for hele Helse Sør-Øst

Rapporten konkluderer med at i fremtiden må det bli færre ansatte per pasient, og at det hverken vil være mulig eller ønskelig å rekruttere nok helsepersonell dersom vi ikke tar kraftfulle grep nå for å redusere behovet. Disse grepene skal tas samtidig med og fordi behovet for helsetjenester i befolkningen vil øke drastisk som en følge av at andelen eldre i befolkningen vil øke sterkt.

Helsepersonellkommisjonen, ledet av styreleder ved Oslo Universitetssykehus, Gunnar Bovim har levert en NOU som ikke svarer på oppgaven som var å etablere et kunnskapsgrunnlag samt å forslå treffsikre tiltak i årene fremover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i hele landet. Det er skremmende. Oppdraget var i finne en strategi for å møte de store utfordringene vi har foran oss i helse- og omsorgstjenestene. Rapporten er svært omfattende, men det er konklusjonene og sammendraget som blir stående. De færreste leser alle sidene, og vi ser allerede nå at politikere viser til konklusjonene når utfordringer med rekruttering blir diskutert. Denne NOU-en bør ikke få bli stående med disse konklusjonene, den bør trekkes tilbake og en ny, som svarer på den viktige oppgaven bør utarbeides.

Hovedbudskapet i rapporten er at andelen ansatte i helse- og omsorgstjenestene ikke kan økes fremover, da en slik vekst vil være skadelig for andre sektorer som også har behov for arbeidskraft. Imidlertid vil jo ikke behovet for gode og forsvarlige helsetjenester forsvinne, noe forsker i Statistisk sentralbyrå, Erling Holmøy, har påpekt i debattinnlegg, intervjuer og i denne motmeldingen.

Holmøy har hatt hovedansvaret for et av de viktigste grunnlagsdokumentene til Helsepersonellkommisjonen. Kommisjonen bestilte en rapport fra SSB[1] om utviklingen i etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. SSB-rapporten er hyppig sitert av Helsepersonellkommisjonen, men Holmøy mener at kommisjonen ikke har dekning for sine bastante påstander i SSBs underlagsdokument.

Mange har stilt spørsmål ved hvor denne konklusjonen kommer fra. I utgangspunktet handler politikk om fordeling av knappe ressurser - og byrder. Konklusjonene i rapporten blokkerer for en debatt om hva som skal prioriteres i samfunnet vårt. Premisset om at vi ikke kan ansette mange flere til å håndtere oppgavene, og at det i fremtiden må bli færre ansatte per pasient, gjennomsyrer hele utredningen.

På side 12 i rapporten står det: *Om kort tid vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem.*

Helsepersonellkommisjonens leder, Gunnar Bovim uttalte til Dag og Tid samme at «To nye sykepleiere er to ingeniører mindre til Norsk Hydro»[2].

Dette er ikke til å bli klok på. Det vil være konkurranse om arbeidskraft mellom arbeidsgivere og sektorer fremover, i hvert fall hvis ikke arbeidsløsheten går kraftig opp. Det er ikke noe Helsepersonellkommisjonen kan beslutte at det ikke skal være. Hvorvidt helse- og omsorgsektoren vil vokse har med behovet for slike tjenester å gjøre. Det har med etterspørselen å gjøre. Hvis det offentlige ikke leverer, så vil det bli et stort marked for private tilbydere - vi ser det allerede.

Rapporten er skremmende for alle som ønsker å opprettholde et sterkt offentlig helsevesen i hele landet. Det vi vet helt sikkert er at behovet vil vokse kraftig fremover. Helsepersonellkommisjonen berører ikke privatisering og hva som vil skje dersom helse- og omsorgstjenester i enda større grad privatiseres. Vi mener holdningen - at sektoren ikke kan vokse - er dypt problematisk og kan forklare hvorfor rapporten ikke svarer på oppdraget, som jo er å finne treffsikre tiltak for å sikre nok kvalifisert helsepersonell fremover. At det ikke er mulig å øke andelen ansatte i helse- og omsorgstjenesten er en bastant konklusjon det ikke er grunnlag for, men som dessverre har satt sitt preg på hele rapporten.

Bovim forklarte også i Dag og Tid bakgrunnen for kommisjonens overordnede vurdering av hvorfor andelen helsepersonell ikke kan økes slik: Den vurderinga byggjer på to forhold. Det eine er at Noreg brukar meir ressursar på helse og omsorg enn alle andre land, kanskje bortsett frå USA. Det andre er at kommisjonen fekk mange signal undervegs, frå eit næringsliv med desperat behov for arbeidskraft og frå store samfunnsektorar som treng ein større del av arbeidsstyrken enn i dag. Lenge kunne helse og omsorg vekse fordi heile arbeidsstyrken voks så mykje. Men det tek slutt no.

I fagtidsskriftet Samfunn og økonomi[3] omtaler tidsskriftets redaktør, professor i samfunnsøkonomi, Bjarne Jensen rapporten og uttalelsene fra kommisjonens leder slik:

En må nesten stille spørsmålet: Er ikke lederen av utvalget klar over at helse- og omsorgstjenestene er en svært viktig del av verdiskapningen i Norge, og at de som arbeider i denne sektoren dekker helt grunnleggende behov for innbyggerne?

1. SSB rapport til Helsepersonellkommisjonen
2. https://www.dagogtid.no/samfunn/helse-og-omsorg-er-ikkje-alt-6.121.28620.70f2639811
3. https://www.samfunnogokonomi.no/2023/03/helsepersonellkommisjonen/

Bruker vi for mye ressurser?

Påstanden om at vi bruker for mye på helse- og omsorgstjenester i Norge blir også tilbakevist av Bjarne Jensen som skriver at Norges ressursbruk på helsetjenester ikke er urimelig høyt i forhold til de behovene som skal dekkes og den høye levestandarden vi har i Norge. Dette er gamle, misvisende og tilbakeviste påstander som har blitt brukt tidligere for å innføre reformer i helsesektoren.

Ikke minst ble påstanden brukt i forkant av innføringen av helseforetaksmodellen innført i 2002. Det er forstemmende at samme feilaktige påstand nå dukker opp igjen.

Flere ansatte i helse- og omsorg

Helsepersonellkommisjonen beskriver den store veksten i helse- og omsorgssektoren og viser til at i 1970 var 7 prosent ansatt i sektoren, men hele 21 prosent jobber innen helse- og omsorg i dag. Det er uten tvil en stor vekst som har skjedd i den perioden velferdsstaten vår har blitt utviklet. Omsorgsoppgavene har flyttet ut fra hjemmene til offentlig regi og vi har dessuten fått langt bedre helsetjenester. I disse tallene er dessuten omsorg for barn og unge, ikke minst i barnehagene og skolefritidsordningene, med.

Når Helsepersonellkommisjonen videre beskriver at vi har mer helsepersonell i Norge enn andre land tar dessuten ikke kommisjonen høyde for at vi i Norge har et stort innslag av deltidsstillinger innen helse- og omsorg. Bjarne Jensen skriver:

… dersom vi registrerer antall årsverk og holder oss til helse- og pleietjenester, blir andelen langt lavere – rundt 13 prosent og ca. 330 000 årsverk.

Om vi i stedet for å telle antall leger og sykepleiere ser på antall årsverk, ligger Norge omtrent på samme nivå som land det er naturlig å sammenligne seg med.

I samme periode økte dessuten yrkesaktiviteten for kvinner fra mellom 40 og 50 prosent til nærmere 80 prosent i dag. Dette har selvsagt ført til større behov for helse- og omsorgstjenester, ikke minst med barnehager, men også for omsorgstjenester for eldre.

Kritikken som har kommet fra mange hold mot Helsepersonellkommisjonens hovedkonklusjoner er både sterk og berettiget. Holmøy skriver i en kronikk 14. april i Dag og Tid rett og slett at: «Helsepersonellkommisjonens konklusjon mangler begrunnelse»[4]

Hvis vi skal rekruttere og beholde nødvendig helsepersonell fremover og ikke minst sikre at unge vil utdanne seg til leger, sykepleiere og helsefagarbeidere er det viktig at den feilaktige hovedkonklusjonen i rapporten blir lagt død. Rapporten er snarere egnet til å skremme folk bort fra yrket.

Rapporten tegner et skremmebilde. Vi blir flere eldre, men det blir ikke færre yrkesaktive. Det vil være omtrent samme andel i yrkesaktiv alder. og så blir det færre barn og unge. Den såkalte forsørgelsesbyrden vil ikke øke frem mot 2040. Vi må også ta i betrakting at når folk lever lengre har de flere friske leveår og kan arbeide lenger.

Rapporten tar til orde for at effektivisering og teknologi vil redusere behovet for arbeidskraft sterkt innen helse- og omsorg, men later ikke til å ha tro på at det samme vil skje i andre sektorerHelse- og omsorg er en sektor hvor den menneskelige kontakten, omsorg og tid nok til pasienter og pårørende er en viktig kvalitet. Helsetjenestene skal ikke bare levere forsvarlig behandling, men også omsorgsfull behandling. Det forutsetter mennesker som møter mennesker. I mange andre sektorer vil dette være mindre viktig, slik at billig teknologi i langt større grad kan og vil erstatte mange ansatte.

Det er et åpent spørsmål om det er arbeidskraft eller arbeidsplasser vi vil mangle i fremtiden. Dette er problematisert i artikkelen «Framtidas arbeidsmarked – mangel på arbeidskraft eller mangel på arbeidsplasser?» i Samfunn og økonomi 1/2018.[5]

Det er like trolig at vi i fremtiden vil trenge alle arbeidsplassene innen helse- og omsorg, som at det vil bli stor mangel på arbeidskraft. Import av helsepersonell
Kommisjonen avviser nokså bestemt at vi kan importere oss ut av problemene (s 280-281). Her overser rapporten at Norge er med i EØS, der fri flyt av arbeidskraft og felles arbeidsmarked er en av de fire frihetene. Det kommer til å komme helsepersonell fra andre land i EØS-området som vil jobbe i Norge. Argumentet om at helsepersonell fra naboland forsvant i forbindelse med pandemien og at vi derfor må regne med å klare oss med innenlandsk arbeidskraft, er ganske svak og søkt. Muligheten for at befolkningen vil øke som en følge av varig innvandring omtales heller ikke. Begge deler burde vært behandlet i rapporten og at innvandring bare nevnes helt overfladisk er en klar svakhet ved rapporten.

Rapportens hovedkonklusjon er skremmende. Vi vet at behovet for helsetjenester vil øke sterkt i årene fremover, men kommisjonen anbefaler ikke at den offentlige helsetjenesten skal ruste seg skikkelig for å møte behovet.

Samtidig er vi også i ferd med å bygge ned kapasiteten ved sykehusene våre dramatisk. Nye sykehus bygges gjennomgående for små og det planlegges med en storstilt overføring av oppgaver til kommunene. Det er ikke sannsynlig at slik overføring vil redusere behovet for helsepersonell, med mindre kvaliteten og tilbudet også blir kraftig redusert, tvert imot. Samling av personale og pasienter på samme sted - i sykehus er en effektiv organisering.

Dermed vil behovet presse frem et stort privat marked og Helsepersonellkommisjonens rapport kan virkelig bidra til å sette skikkelig fart på denne utviklingen.

I rapporten blir det også tatt til orde for å redusere kvaliteten på helsetjenestene, eks fra s 15:

4. https://www.dagogtid.no/ordskifte/helsepersonellkommisjonens-konklusjon-mangler-begr-6.130.29081.99e72e4400
5. https://www.samfunnogokonomi.no/2018/05/framtidas-arbeidsmarked-mangel-pa-arbeidskraft-eller-pa-arbeidsplasser/

Politikerne og helsepersonellet har for lite erfaring med å stå i begrensende valg, selv om det daglig prioriteres i tjenesten. Det er krevende, for alle, å begrense tilbudet til pasientene og brukerne, ikke minst for helsepersonellet som står i klinisk arbeid i møte med den enkelte pasient. Det er personellet som tar beslutninger om og som må formidle sine begrensende valg. Det er behov for større kompetanse og bevissthet rundt dette. For at personellet skal klare å stå i vanskelige begrensende valg, trengs det aktiv støtte fra alle de nevnte aktørene.

Lederen av Helsepersonellkommisjonen, Gunnar Bovim, står i en annen rolle i spissen for å redusere kapasiteten i spesialisthelsetjenestene våre. Han er styreleder i Oslo Universitetssykehus og dermed også hovedansvarlig for arbeidet med å nedlegge Norges største sykehus, Ullevål Sykehus. Ting henger sammen. Høsten 2022 brukte han mye tid i styremøtene på å snakke om at antallet ansatte per pasient må reduseres og at andre sektorer trengte mer ressurser. Det er ingen av oss som har fulgt styremøtene som ble overrasket over konklusjonene i rapporten. I Oslo Universitetssykehus jobber han for tiden på spreng med å redusere antall årsverk med 4-500 i inneværende år og de ansatte ved flere avdelinger har fått beskjed om at de ikke lenger skal levere helsetjenester i verdensklasse, de skal levere godt nok. Faglig stolthet og autonomi og nettopp det å levere tjenester av ypperste klasse er kanskje for mange ansatte den viktigste motivasjonen til å stå i jobber med ubekvemme arbeidstider og store belastninger. Det er demotiverende for mange å måtte tilby pasientene dårligere behandling, det er lite tilfredsstillende å ikke å få utnyttet sitt faglige skjønn. Veien til å søke jobb hos private som ønsker å tilby det aller ypperste til dem som kan betale for det kan fort bli kort.

Og når helsepersonellet vårt i tillegg får høre at de skal løpe enda fortere og behandle enda flere pasienter - litt dårligere enn før, så kan nok andre sektorer glede seg til stor rekruttering.

Psykisk helsevern må få tid til å behandle pasienter, da får vi kanskje nok personell også

Randi Rosenqvist , Psykiater, leder for Nasjonal aksjon for bevaring og utvikling av de psykiatriske sykehusene

Psykiatrien er kraftig nedbygget, fra tiår til tiår er det stadig blitt færre sykehussenger, på tvers av intensjonene om å styrke psykiatrien. I psykiatrien har man sett en omfattende forskyvning av pasientbehandling fra spesialisthelsetjenesten til kommunal omsorg. Vi ønsker ikke en oppbygging av psykiatriske senger til 18000 slik det var i 1960. Men den ekstreme nedbyggingen vi har hatt fra 1990 er dramatisk. I 1990 var det 2,5 døgnplasser per 1000 innbyggere, i 2002 var det 1,6 og i 2020 var det 0,8 (SSB). Dette har resultert i at liggetiden i sykehus blir kortere og kortere og at pasienter som skrives ut til kommunene er blitt sykere og sykere. Psykiatrisk behandling er nemlig ikke blitt mer effektiv på disse tre tiårene. Medisinene er omtrent de samme, og det å bygge terapeutiske relasjoner tar tid i dag, som tidligere. Psykiatrisk behandling tar tid og både personellet i psykiatrien og personell i kommunene er fortvilte.

Helseforetakene, som eiere av de store psykiatriske sykehusene, har ikke prioritert oppgraderinger, men planlagt å selge de eksisterende sykehusene for derved å få penger til nye somatiske sykehus. Ledende politikere tror at det er bedre for svært alvorlig syke å ha en poliklinisk time hver uke eller hver fjortende dag enn å være innlagt.

De distriktspsykiatriske sentrene (DPS) er blitt prioritert i det psykiske helsevern, men pasienter som henvises dit får ikke nødvendigvis terapeutisk oppfølging fra lege eller psykolog. Det er også lagt begrensninger for hvor mange timer en pasient kan få, behovet er ikke det sentrale, det gjelder å få ekspedert køene. Leger og psykologer beskriver hvorledes to tredjedel av tiden går med til dokumentasjon og diagnostikk, og så er det noen timer igjen til behandling. Dette er frustrerende for alle involverte. Det har blitt svært vanskelig å rekruttere kvalifisert personell til psykiatrien, sågar i Oslo-området. Hvis vi skal snu dette, må det bli mer faglig tilfredsstillende å arbeide i psykiatrien. Vi kan ikke ha det slik at leger, psykologer og sykepleiere oppfatter seg som stressede arbeidere på et samlebånd.

Psykiatrisk behandling tar lang tid, ofte flere år. Behandlingen består av ulike elementer, men sentralt for all psykiatrisk behandling er at pasienten har en kompetent behandler som hen utvikler en god relasjon til. Da kan oppturer og nedturer følges opp. Akuttinnleggelser skal takle akutte kriser, men behandling over tid er det ikke kapasitet til. Det finnes avdelinger for kompleks rehabilitering, middels lang eller noe lengre liggetid i avdelinger som spesialiserer seg på miljøterapi. Det er å vinne gull-loddet hvis man får en slik plass. Her kan pasienten lære å mestre sin sykdom og profittere på de ulike behandlingselementene. Denne rehabiliteringen krever spesialistkompetanse og er kvalitativt svært ulik kommunal rehabilitering etter en hofteoperasjon.

Men de fleste med alvorlige psykiske lidelser, med fall i egenomsorg og livskvalitet, får ikke slik rehabilitering. Slik vi ser det, er det en merkelig tendens til å desentralisere helse- og omsorgstjenester, ofte etter et nytt prinsipp, som vel må kalles LION-prinsipp (Laveste Ineffektive OmsorgsNivå). Dette medfører at helsearbeidere i kommunene ofte får større utfordringer enn de er kvalifisert og bemannet for. Ikke bare de ansatte i det psykiske helsevernet i helseforetakene er frustrert, også kommuneansatte føler at de ikke klarer det de burde. Og pasienten blir ikke bedre, men blir igjen akuttinnlagt ved neste krise.

For å få et bærekraftig behandlingstilbud til de dårligste pasientene må det utvikles flere døgntilbud med tilstrekkelig behandlingspersonale. Det er nærliggende å utvikle halvannenlinjes enheter, boliger som eies og driftes av kommunene, men hvor psykiatriske personale også arbeider på døgnbasis, i tillegg til flere senger i sykehus. Vi kan kalle dette «psykiatriske sykehjem». Helsepersonell vil kunne få ro og trygghet i oppfølgingen dersom bosituasjonen er avklart og det er mulig blant annet å hindre alvorlig sinnslidende pasienter i å ruse seg, noe som oftest ødelegger for annen rehabilitering.

Gevinsten av dette vil også være at helsepersonell i kommunene ville få mer stabile pasienter utskrevet til selvstendige boliger, og det vil være tid til å samarbeide på en konstruktiv måtte mellom helsenivåene. Og ikke minst, pasientene ville få bedre hjelp! For snaue tohundre år siden, etter at medisin ble et fag i Norge, bygget man sykehus for behandling, pleie og omsorg. Alvorlig sinnslidende fikk et asyl, et fristed, hvor de ble tatt vare på etter datidens

kvalitetskrav. Det var få helsepersonell, men de rakk bedre rundt når pasientene var samlet på ett sted, på sykehus. Dette var kostnadseffektivt. Vi har vanskeligheter med å se at dette ikke er kostnadseffektivt i dag også. Tross alt så er bygninger (kvadratmeter) billigere enn løpende lønnskostnader.

Sykehusene, som definerer når pasienten er utskrivningsklar, tar i liten grad hensyn til hva de kommunale tjenester kan bistå med i det enkelte tilfellet. Sykehuskapasiteten tilsier at det ikke er anledning til å gi til dels svært syke og hjelpetrengende pasienter omsorg og pleie. Vi kan ikke se at det er samfunnsøkonomisk riktig å basere seg på at pasienter flyttes mellom ulike omsorgsnivå, noe som medfører stress for pasienter og personell. Dette skjer fordi helseforetakene er tuftet på at utgiftene betales av andres offentlige budsjetter.

Vi mener det er hensiktsmessig å organisere helsetjenesten slik at personalet får gjøre jobben sin uten hele tiden å føle at de kommer til kort. Vi er også sikre på at personalet vil bli mer fornøyd med meningsfulle oppgaver i et godt faglig miljø. En bedre jobbhverdag kan hindre flere leger og sykepleiere å gi seg eller gå over i det private.

Det vi ser nå er at det er vanskelig å rekruttere psykiatere og psykologer selv på attraktive sykehus. Likevel (mis) brukes fagfolkene til å skrive omstendelige vedtak, fylle ut skjema og dokumentere at de ikke gjør noe galt. Ledelsen skal ha rapporter på det meste. Vi ser at hver enkelt rapporteringsoppgave er ment som en forbedring av helsetjenesten, men når resultatet er at fagfolkene knapt har tid til å snakke med pasientene, blir resultatet galt.

Vi mener at psykiatrisk behandling i stor grad dreier seg om å bygge relasjoner til mennesker som har vanskelig med å forholde seg til seg selv eller andre, og det tar tid og kan vanskelig dokumenteres i skjema.

Psykiatrisk behandling går ut på å hjelpe pasienter å leve et så godt liv som mulig med de problemene de har. Det dreier seg om hjelp til meningsfylte relasjoner, meningsfylte aktiviteter, bedre mestring i dagliglivet og kunnskap og forståelse om hvordan man best forholder seg til sin lidelse. Dette tar tid og det er umulig å skille mellom behandling på sykehus og profesjonell omsorg i kommunen.

Alle som begynner å arbeide i psykiatrien eller i kommuner med psykiatriske pasienter gjør det fordi de er interessert i disse pasientene. Hvis de ikke får gitt god nok behandling og omsorg, kommer de til å finne seg noe annet å gjøre. Psykiatere og psykologspesialister i 50-60 års alderen søker seg i dag i mange tilfeller vekk fra det offentlige helsevesen fordi de ikke orker arbeidsforholdene. Vi mener at en bedre bruk av helsepersonell i psykiatrien ville gi bedre helsehjelp og mer arbeidsglede hos personalet. Vi må beholde de spesialistene vi har, og utdanne nye.

Vi ser at de to nivåene i helsetjenesten har bidratt til at det spilles «svarteperspillet» mellom sykehus og kommuner, ikke bare i psykiatrien. Dette er uverdig og tapper de ansatte. Vi mener at man må finne en samfunnsøkonomisk bedre organisering av helsetjenesten, noe vi ikke tror helseforetakenes bedriftsøkonomiske ledelse gir. Det er på tide å utrede en nye finansierings og organiseringsmodell for hele helsetjenesten, slik at ressursene i kommunal og spesialisthelsetjenesten kan brukes bedre. Det kan være hensiktsmessig å begynne med nye modeller i psykiatrien, for behandling av psykiske lidelser er så mye mer enn somatisk behandling av et organ, og den krever god samhandling mellom sykehus og kommune.

Helsepersonell-kommisjonens rapport er kvinnefiendtlig!

Marga van der Wal. Styremedlem i Aker Sykehus Venner

Når helsekommisjonen kommer frem til at antall ansatte i helsevesenet ikke bør økes vesentlig, selv om oppgavene blir større, så betyr dette en tøffere hverdag for dem som jobber i helsevesenet. Når antall eldre som trenger hjelp blir større, er det umulig å opprettholde kvaliteten i tjenestene uten å øke antall ansatte.

Da kvinnene forlot hjemmet og gikk ut i arbeid på 70- og 80-tallet, ble en stor del av dem ansatt i helse og omsorgsarbeid. Mange tok seg utdanning som sykepleier eller hjelpepleier, og helsevesenet ble en av de arbeidsplassene som i stor grad domineres av kvinner. I 2022 var 82 prosent av de ansatte i helse og omsorg kvinner ifølge Statistisk sentralbyrå. Takken disse kvinnene får nå, er at de etter endt arbeidsliv må trå til som omsorgspersoner for ektefeller eller andre nære slektninger, fordi helsevesenet ikke strekker til. Kort liggetid på sykehus, mangel på sykehjemsplasser og få omsorgsplasser, gjør at kvinnene må stille opp for å gi, deres ofte noe eldre menn med dårligere helse, den omsorgen de har behov for. Dette er vanskelig i dag, men vil bli vesentlig verre om helsepersonellkommisjonens konklusjon blir fulgt opp i fremtidens helsevesen.

Og er det kvinnene selv som trenger omsorg, er det døtrene som kommer til å måtte stille opp. Døtre som, om de har utdannet seg til å jobbe i helsevesenet, også vil pålegges til å jobbe mer effektivt, løpe fortere, og slite seg ut. For ifølge Bovim-kommisjonen er det ikke rom for mer arbeidskraft til helse og omsorg.

Rapporten gjentar flere ganger at produktiviteten i helsevesenet er lav, og at helsevesenet er en kostnad som må begrenses. Men helsevesenets innsats sikrer at mange pasienter går tilbake til et langt liv i arbeid, eller et godt liv hjemme hvor de klarer seg selv. Dette må vel kunne regnes som et økonomisk bidrag til samfunnet, selv om det er på en annen måte enn for bedrifter som produserer varer?

Kommisjonen nevner at mens Norge har utdannet to sykepleier og én ingeniør pr. pasient til nå, bør det bli én ingeniør og én sykepleier pr. pasient framover. Tenk om kvinnene også syns det er klokt. Da blir det synd på ingeniørene om de skulle bli syke! Eller vil de ha såpass god lønn at de kan sikre seg privat helsehjelp når det offentlige svikter?

Er det nettopp fordi helse- og omsorg er dominert av kvinner, at det er så lett å bestemme seg for dette? Mens industrien, som domineres av menn, skal få den arbeidskrafta de trenger?

For Bovim og andre vet av erfaring at kvinner strekker seg langt og stiller opp når det gjelder omsorg. Med resultat at de ofte velger å jobbe deltid, har høyere sykefravær og ofte blir uføre før de når pensjonsalderen.

Og om ikke det er nok, så angripes også kvinnene når de er yngre og skal føde. For på fødeavdelingene blir liggetiden kortere og kortere. Flotte tilbud, som ABC klinikken i Oslo, blir lagt ned. Reisen til nærmeste fødeklinikk utenfor tettstedene blir lengre og lengre. Er det rart at det fødes færre barn nå enn tidligere? Med like mye helsepersonell, men mange flere oppgaver, vil fødeavdelingene nok måtte klare seg med enda færre ansatte i fremtiden. Dermed vil liggetiden for de som har født bli enda kortere.

Tenk om utvalget istedenfor å gå inn for sentrale avtaler og gjennomsnittsberegninger av arbeidstid, noe som alle fagforeningene går imot, hadde gått inn for utprøving av 6-timers dag i helsevesenet? De forsøkene som har vært, har vist at sykefraværet går ned, og at de ansattes trivsel går opp. Og med lokale forhandlinger om løsninger rundt vakter, så ville dette gi kvinnene i helsevesenet en bedre hverdag, sikre mer stabil arbeidskraft og i beste fall få en del utdanna helsepersonell tilbake til helsevesenet. Det kunne være en god oppskrift for å dekke opp for manglende personell. Og det ville også bli lettere å sikre de ansatte heltidsstillinger slik utvalget foreslår. Av dagens ansatte i helse og omsorg jobber kun 55 prosent av de kvinnelige ansatte og 71 prosent av de mannlige ansatte i full stilling. Her finnes det et enormt potensial. Men skal de fleste ansatte komme seg i full jobb, må det tilrettelegges for det. Forsøkene med 6 timers dag har vist at det gir økt effektivitet når de ansatte får kortere arbeidsdager, fordi de blir mindre slitne. Helt i tråd med det helsekommisjonen ønsker.

Helseministeren har bedt oss å ta ansvar for egen alderdom. Dette kan høres fornuftig ut, men hva betyr det? For kvinner, som lever lengre enn menn, kan dette bety ansvar for ektefellen hvis han blir syk eller dement. De får en ny, men ubetalt jobb med både dag- og nattarbeid. Det er dette helsepersonellkommisjonens råd om færre ansatte pr. pasient vil bety i praksis.

Ingen tid for handling

Christian Grimsgaard, Lege

Grunnleggeren av det britiske NHS, Aneurin Bevan, skal ha uttalt at det offentlige helsevesenet vil vare så lenge folk tror på det og kjemper for det. I Storbritannia synes den folkelige troen stadig levedyktig. Imidlertid er NHS i dag i sjaber forfatning – filleristet av 80- og 90-tallets New Public Management reformer og senere vanskjøttet økonomisk. Rekrutteringen svikter og helseutdannede søker seg vekk fra sykehusene. Likevel er den folkelige støtten seiglivet og stadig unison; åtte av ti briter ønsker å videreføre tjenestene i offentlig eie i 2022.[1]

Britiske NHS dannet modell for oppbyggingen av helsetjenesten også i de nordiske landene etter krigen. Karl Evang tilbrakte krigsårene i England, og brakte ideene med seg hjem. Under hans ledelse blomstret norsk helsevesen i flere årtier. I Norge fikk etter hvert reformene og konsulentene fotfeste, som i Storbritannia, om enn ett tiår senere. Også i Norge har kritikken mot reformene og den nye styringen og organiseringen av sykehusene tiltatt, og helsearbeidere søker seg vekk. Ifølge Norsk Sykepleieforbund jobber nå mer enn 13 000 sykepleier utenfor helsevesenet, og søkertallene til utdanningen er fallende.

Likevel er det stadig bred folkelig tro på og vilje til å kjempe for vårt offentlige helsevesen. Regjeringens mandat til Helsepersonellkommisjonen kan leses som et uttrykk for denne viljen. Regjeringen gav utvalget i oppgave *å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.* Mange av oss tolket mandatet som et uttrykk for at politikere og byråkrater (omsider) hadde erkjent at tjenestene er i ferd med å gå opp i limingen, og at det er på høy tid med et krafttak for å ruste tjenestene for de kommende ti-årene. En opprusting i møtet med bl.a. eldrebølgen, som har vært varslet så lenge jeg kan huske. Kanskje hadde det nyttet å målbære kritikk av styring og organisering og peke på mangler? Og kanskje hadde politikerne sett at vi beveger oss mot en liknende krise som NHS står oppe i. Regjeringen syntes å ha tatt signalene – politikerne nedsatte en kommisjon med et konkret og treffende mandat!

Vi som tenkte at nye koster i regjeringskontorene ville feie ut gammelt tankegods og bringe ny satsing for vårt viktigste felleseie ble mer enn skuffet. Kommisjonens rapport og budskap kom som et dask i pannebrasken på enkelte av oss; hvor naive er det mulig å være? Hovedbudskapet til kommisjonens leder Gunnar Bovim var at fremover vil det bli tøffer tider med flere pasienter per helsearbeider. For ikke å glemme mere ubekvem arbeidstid og helgejobbing. Om nødvendig ved tvang, gjennomsnittsberegning av arbeidstid bør kunne pålegges mente flertallet. Fordi? Forsvaret trenger også arbeidskraft. Og Hydro trenger ingeniører. Det er ganske enkelt ikke nok hender ble vi forklart. Og import av helsearbeidere er uetisk. Å allokere egne innbyggere til helse og importere annen arbeidskraft kom tilsynelatende utvalget ikke i tanke om. Understøttet av misvisende statistikk framviste Bovim en uhyrlig vekst i antallet ansatte og øvrig ressursinnsats i helsetjenesten. Utviklingen hadde gått over alle støvleskaft. Barnehageansatte ble tatt med i regnestykket for riktig å få liv i stortromma. At det i samme periode politisk ble jobbet for full barnehagedekning med påfølgende økning innen denne arbeidstakergruppen, er ikke nevnt. Men nå ville strømmen av penger og personell tørke inn. Det var hans og kommisjonens tunge ansvar å bringe dette alvorlige budskapet til allmennheten.

Bløffen om ukontrollert vekst er ikke ny – den har vært gjentatt siden tidlig nittitall. Den blåses liv i ved passende anledninger. Som under opptakten til foretaksreformen i 2001. Også da hadde sykehusenes vekst gått over alle grenser. Tjenestene var dyre og dårlige. Bare kraftig lut kunne bringe orden på styringen. En eierskapsreform etter mønster fra private aksjeselskap ville gi bedre og billigere tjenester. Da, som nå, ble vi presentert for et fortegnet bilde. I realiteten var norske sykehus i verdenstoppen ved inngangen til reformen, kun slått av Sveits og Japan. Og kostnadene var på ingen måte høyere enn forventet.[2] Men bildet av en sektor ute av kontroll festet seg og foretaksreformen ble vedtatt. Også den neste store reformen sprang ut av en historie om et vanstyrt helsevesen; samhandlingsreformen. Nok en gang var kostnad og ressursinnsats for høy. Kjernen i reformen var å *innskrenke sykehusenes oppgaver, og på denne måten få en antatt mer kostnadseffektiv helsetjeneste.*[3] Et sykehusdøgn kostet mer enn et døgn i kommunal omsorg. Hvis vi overførte liggedøgn fra sykehus til kommuner ville nok ressursinnsatsen og pengebruken gå ned. Reformens grunnidé hvilte på at pris per liggedøgn i sykehus var lik i hele pasientoppholdet – noe som naturligvis ikke er tilfellet. Men status q ble tegnet som uhyrlig og reformen ble trommet igjennom.

I motsetning til disse eksemplene har tilsynelatende ikke Helsepersonellkommisjonen noen agenda om å gjennomføre noen reform. Tvert imot – nå dreier det seg om å forhindre tiltak – tid for ikke å handle. Mandatet var ikke til å misforstå; kommisjonen skulle finne frem til

1. https://overlegen.digital/overlegen/overlegen-2-2023/helsevesenet-er-faen-ingen-sondagsskole/
2. https://tidsskriftet.no/2001/08/kronikk/fra-plan-til-marked-noen-perspektiver-pa-sykehusreformen
3. https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-01-09

treffsikre tiltak .. 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. Det er i denne sammenheng det fortegnede bildet trekkes fram, – kommisjonens hovedforslag er nettopp det omvendte; ikke å iverksette tiltak. Flere skal ikke rekrutteres for å ta seg av flere eldre. I stedet skal arbeidstakerne skvises. Og et forskningsprogram for utvikling av ny teknologi og innovative arbeidsprosesser skal føre til et redusert behov for arbeidskraft. Godt støttet av en engasjert sekretariatsleder, har Gunnar Bovim ledet utvalgsmedlemmene fram til denne ellers temmelig overraskende hovedkonklusjonen. Nå reiser den samme Bovim land og strand rundt for å forkynne budskapet. Han blir for det meste tatt godt imot blant beslutningstakere og topplederne i sektoren. Bovim – som er utdannet lege – trekker gjerne veksler på forankring blant kolleger og ute i klinikken. Som om han selv må ta del i å bære byrden. Men kommisjonslederen farer vel egentlig med lånte fjær. Bovim har ikke vært i klinisk arbeid på flere tiår. Etter mange år som øverste leder i helseforetak og universitet virker han nå som styregrossist. Hans faktiske kollegium er toppledere og styrerepresentanter.

Om Bovim og hans kollegium har mistet troen på vårt offentlige helsevesen eller ei, skal jeg være varsom med å mene noe sikkert om. Men det er vanskelig å se dem som bidragsytere i kampen Aneurin Bevan mente var selve livsgrunnlaget. Helsekommisjonens mandat gav mange av oss et håp som svant brått. Kanskje burde vi ha ant hvor dette ville bære hen da vi så valg av leder og sekretariat. Og mest sannsynlig visste beslutningstakerne hva de ville få når disse ble satt i førerstolene. En fatalistisk lærdom kan være at å få gjennomslag for nye utredninger vil være Phyrrosseire. For det er vanskelig å tenke seg et mere skadelig budskap for vår felles helsetjeneste enn det kommisjonens leder nå forfekter. Mange ansatte er i ferd med å gi opp i sykehusene. Budskapet – om at tidene vil bli hardere og oppgavene flere framover – er så ødslig som det kan få blitt. Realiteten er at tilværelsen i offentlig helsetjeneste har harsknet til over flere tiår – mens utviklingen i øvrig arbeidsliv har gått i motsatt retning. For mange er ikke lengre sykehusene en attraktiv arbeidsplass og yrkeskarriere. Mitt siste møte med en fjerde års medisinstudent var illevarslende; verken hun eller noen andre blant hennes venner på kullet kunne se for seg et helseforetak som en framtidig arbeidsplass. Dette var blant forholdene kommisjonen skulle sette seg fore å bøte på – men de vendte tilbake tomhendte. Det er tydeligvis tid for ikke å handle.

Kommisjonen som skulle redde velferdsstaten valgte å avlive den.

Aktiv dødshjelp

Magnus E. Marsdal. Leder i Manifest tankesmie.

Artikkelen har tidligere stått på trykk i Klassekampen.

Du blir gammel i verdens rikeste land. Du blir dement. Du har sår som ikke vil gro. Du har rett på «en verdig alderdom». Over 20 ulike pleiere kommer inn over dørstokken din i løpet av to ukers tid. Du kjenner ikke igjen noen av dem. Noen gir deg mat, andre ikke. Du blir underernært, i likhet med 1 av 3 hjemmeboende pleietrengende som ble undersøkt i 2021.

Du er heldig og får plass på sykehjem. Der må én sykepleier på lørdagsvakt løpe mellom 44 pasienter, fordelt på tre avdelinger. Du går tre uker uten å få dusje. Du har fett hår og lukter fryktelig.

Du har rett på «normal døgnrytme», men må ofte tvinges i seng i femtida. Du blir sengeliggende 16 av døgnets timer. Den kognitive svekkelsen forverres, søvnrytmen ødelegges. Du må gå med samme bleie i over 24 timer.

«Det er så langt fra verdighet du kommer,» uttalte sykepleier Vigdis Reisæter i NRKs Brennpunkt i januar. «Å sitte i egne kroppsvæsker i 24 timer kan føre til urinveisinfeksjon. Det er faglig helt uforsvarlig».

Og verre skal det bli.

2. februar presenterte utvalgsleder Gunnar Bovim den offentlige utredningen til Helsepersonellkommisjonen, satt ned av regjeringen Støre. Rapportens oppsiktsvekkende budskap: Norge bør møte den såkalte eldrebølgen med å ikke øke andelen årsverk innen helse og omsorg.

I dag bruker det norske samfunnet 13 prosent av årsverkene til helse og omsorg. Blant de resterende 87 prosent burde det kunne finnes en og annen aktivitet som kan prioriteres lavere enn å sikre innbyggernes mest basale behov?

Nei. Det får ikke hjelpe at eldreomsorgen allerede nå er så anstrengt at det går på verdighet, liv og helse løs. Sektoren må belage seg, skriver kommisjonen, på stadig «færre ansatte per pasient».

Hvorfor?

«De som har penger nok, vil skaffe seg private elitetilbud»

Rapportens begrunnelse er denne: «Om kort tid, vil ikke øvrige næringer og sektorer lengre akseptere en videre økning i sysselsettingen i helse- og omsorgstjenesten. Det er fordi den samtidig vil redusere tilgjengelig arbeidskraft for dem.»

Derfor.

Kommisjonens begrunnelse er ikke helsefaglig, men politisk. Og den sier at «behov for arbeidskraft» i privat forretningsdrift, og her framheves både «varehandel» og «tjenesteproduserende næringer», må ha forrang foran det økte behovet for arbeidskraft innen helse og omsorg. Selv når eldrebølgen når sin høyeste topp.

Profittmaksimering i privat sektor, uansett bransje, må ha forrang foran innbyggernes menneskelige behov i alderdommen. Litt som da far i huset alltid fikk forsyne seg med middag først, og så husstandens underordnede dele på det måtte være igjen.

Hvilket menneskesyn ligger under kommisjonens oppsiktsvekkende konklusjon? Sier den ikke implisitt at det ukrenkelige menneskeverdet ikke er ukrenkelig, men gradert? Holdningen er at når du blir gammel og ikke lenger profitabel, verken som arbeidskraft eller konsument, er du også litt mindre verdt som menneske. Hvordan kan man ellers insistere på at enda mer hudpleie og kaffebar og privat forbruksvekst for de friske må prioriteres over den pleietrengendes rett til adekvat sårstell og å dusje litt oftere enn hver tredje uke?

Nullvekst-scenarioet til kommisjonen er uansett ikke gjennomførbart. Velstående nordmenn med solid levestandard vil ikke med viten og vilje utsette seg for en uverdig tilværelse. De økte behovene som følger av eldrebølgen vil møtes av en økt andel av sysselsettingen. Hvis politikken forhindrer at den nødvendige veksten skjer i velferdsstatlig regi, vil den foregå privat.

De som har penger nok, vil skaffe seg forsikringer og private elitetilbud når det offentlige svikter. De kommersielle aktørene vil selge flust av «tilleggstjenester» på toppen av det skrantende minimum som kommunen garanterer for alle. Høyre vil kjempe for skattefradrag til de som kjøper private helse- og omsorgstjenester i hjemmet. I Sverige går halvparten av disse subsidiene til den mest velstående tidelen av husstandene.

På motsatt side av klasseskillet får vi et skrantende offentlig tilbud med uverdige forhold og enda mer ulevelige arbeidsvilkår som svekker rekrutteringen og forverrer mangelen på helsepersonell. I neste omgang svekkes skatteviljen og tiltroen til fellesløsningene.

De velmente rådene fra professor Gunnar Bovim vil i praksis fungere som aktiv dødshjelp for velferdsstaten. Får de gjennomslag, ser jeg ikke bort fra at det neste blir tiltakende debatt om muligheten for aktiv dødshjelp for mennesker.

Et sykdomstegn: Administrasjonen eser ut

Hans Erik Heier, professor emeritus, tidligere avdelingsoverlege, spesialist i immunologi og transfusjonsmedisin.

Etter overgangen til helseforetak i 2002 har spesialisthelsetjenesten og sykehusenes pasientbehandling blitt sterkt effektivisert. Fra 2005 til 2020 økte folketallet 16,8% (Figur 1). Økningen var særlig stor i gruppen fra 67 år og oppover, nemlig 39,3% (Figur 2). Det er denne aldersgruppen som har størst behov for somatiske helse- og omsorgstjenester (HOT). Samtidig falt tallet på somatiske senger i sykehusene til 76% av tallet i 2005 (Figur 3).

Fra 2015 til 2022 steg utgiftene til administrasjon av de regionale helseforetakene sentralt fra 1512 mill NOK til 2284 mill NOK (51,0%). I samme periode steg konsumprisindeksen 22,8 % (kilde: Statistisk sentralbyrå). Jamtveit, Jacobsen og Wyller (2020)[1] har analysert utviklingen fra 2008 til 2016. Om Helse Sør-Øst sentralt skriver de:

I denne perioden var det en økning på 7%, fra 867 til 930, i antall ansatte med helsefaglig bakgrunn mens det på samme tid var en økning på 83%, fra 841 til 1535, i annet personell.

Vedrørende de øvrige regionale helseforetakene sentralt skriver de:

Tallene for de andre regionale helseforetakenes sentrale enhet varierer mye, men alle viser en kraftig økning i ikke helse-utdannet personell

Det finnes ingen samlet oversikt over antall administrativt personale, men Jamtveit, Jacobsen og Wyller (2020) skriver om ledelsen i de fire regionale helseforetakene (RHF):

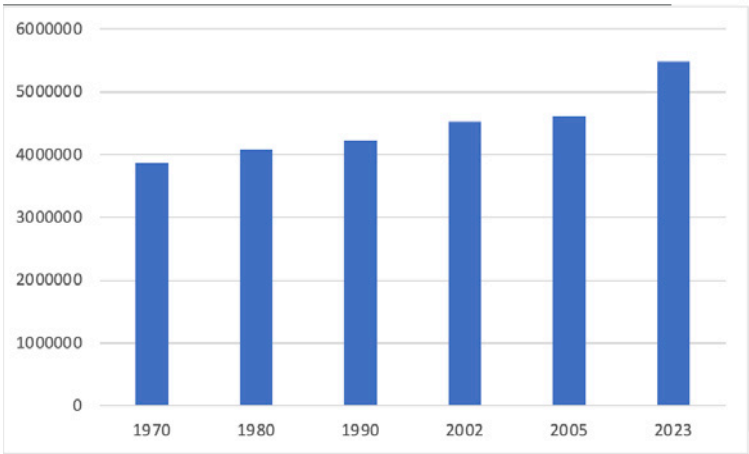
Det totale antall årsverk i norske helseforetak økte med 17.8%, fra ca. 99500 til ca. 117000, i perioden 2008 til 2016. I samme periode økte antall ansatte i de fire regionale helseforetakene sentralt med 102% fra ca. 2100 i 2008 til ca. 4300 i 2016. Denne økningen er nesten utelukkende knyttet til økning i personale uten helse og/eller sosialfaglig bakgrunn.

Forfatterne avslutter som følger:

«Det er grunn til å frykte at økningen av administrative oppgaver pålagt helsepersonell, spesielt ved store

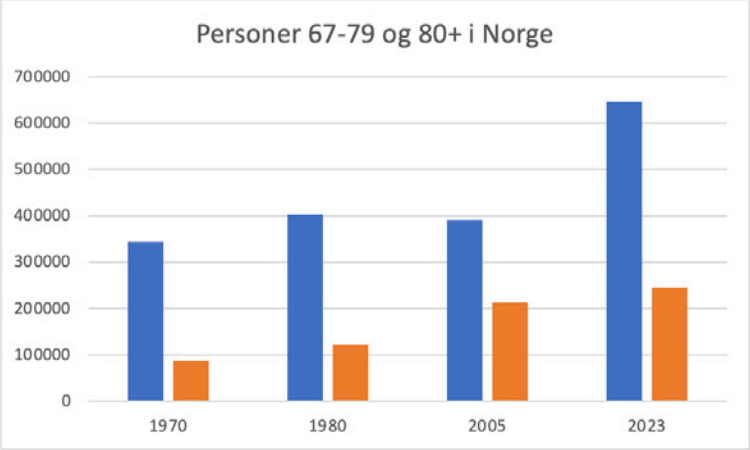
1. Jamtveit B, Jacobsen AU, Wyller TB. Utvikling i andel administrativt personale i norske helseforetak. Samfunnsøkonomen 2018; 6: 17-21

Figur 1. Norges befolkning 1970-2023.



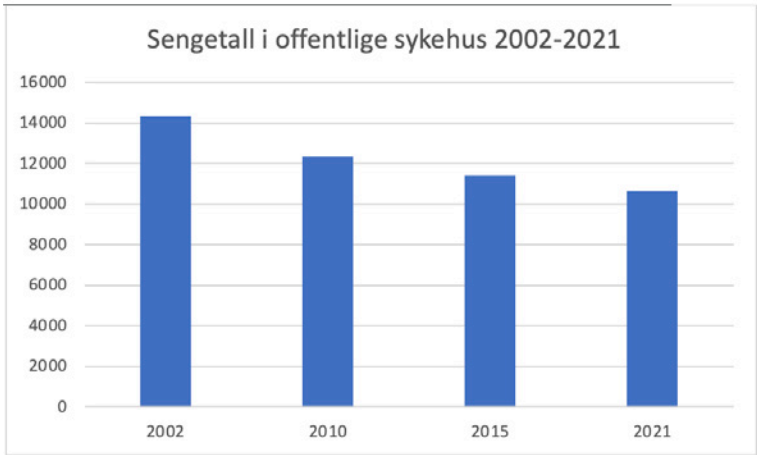
Kilde: Statistisk sentralbyrå

Figur 2. Personer fra 67 år og oppover i Norge.



Kilde: Statistisk Sentralbyrå

Figur 3. Sengetallet i offentlige sykehus i 2002-2021



Kilde: Statistisk sentralbyrå

enheter, lett kan komme til fortrengsel for deres oppgaver i pasientbehandlingen»

Helsepersonellkommisjonen (HPK) drøfter økningen i personell i spesialisthelsetjenesten i kapitel 4.2.3:

«Det har vært en stor økning i avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten for leger og psykologer, med vekst på henholdsvis drøye 3 000 årsverk (18 prosent) og 940 årsverk (20 prosent) siden 2015. - - - I 2021 var det 27 515 sysselsatte i spesialisthelsetjenesten som var registrert med administrasjon, ledelse og kontorpersonell som yrke. Antallet har økt med 27 prosent siden 2011 (SSB, tabell 09548). Den relative veksten blant administrativt personell har vært større enn for sykepleiere, men klart lavere enn for psykologer og leger.»

HPKs påstand her er i konflikt med Jamtveit et al. Med 27% økning har man fått 27 515 administrativt tilsatte, mens man med hhv. 18 og 20% har fått 19145 leger og 5379 psykologer.

Man må også huske at mange klinisk arbeidende helsefaglig ansatte har omfattende administrative oppgaver. Timelange møter med og omfattende rapportering til administrasjonen krever store ressurser. Jo flere administratorer, desto flere krav om møter og rapporter. Administrasjonen har også blitt mer topptung og fjernet fra «gulvet» gjennom et stadig økende antall sjikt (tabell 1). Det har bidratt til at praktiske oppgaver blir sparket nedover i systemet for å frigjøre tid til et økende antall staber som skal jobbe «strategisk».

Tabell 1. Ledelsesnivåer ved sykehus/foretak. Fra Kjekshus og Bernstrøm: Helseforetakenes interne organisering og ledelse. Intorg 2012. Prosentvis fordeling

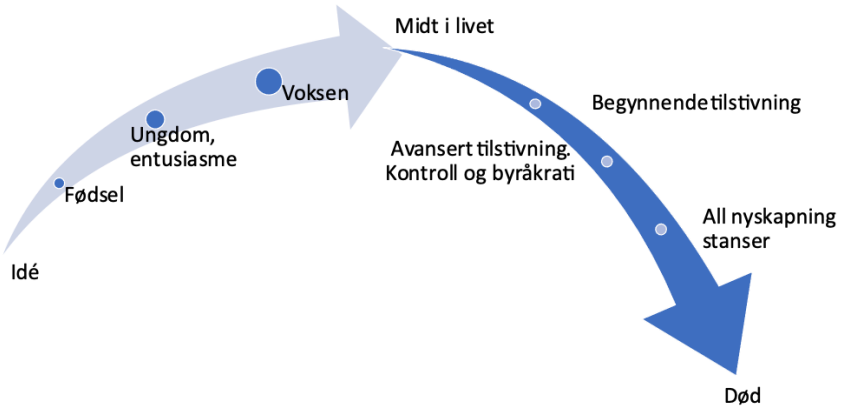
Nivå	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2012
Ett	0	2	0	0	0	0	0
To	26	19	6	4	4	0	0
Tre	59	66	60	57	28	24	0
Fire	15	13	34	39	60	71	67
Fem	0	0	0	0	0	6	22
Seks	0	0	0	0	8	0	6

Dette reflekterer en alminnelig samfunnstrend, i og utenfor HOT: Lederne blir høytlønte administratorer hvis mål er å skaffe økonomisk lønnsomhet. Da må man ha stålkontroll på virksomheten og holde seg med en stor administrasjon, mens produksjonen må skje med så lavt antall ansatte som overhodet mulig. Dette fører til tiltakende mangel på menneskelig kontakt mellom bedrift og kunder - i HOT mellom behandlere og behandlete -, stadig nye krav om effektivisering og bruk av teknologi, kronisk konflikt mellom de styrende og de styrte, og til grov utnyttelse av sistnevnte.

Veksten i administrasjon og kontroll er et sterkt faresignal.

Dette er beskrevet av ledelsesteoretikeren Yitzak Adizes[2], som satte opp en generell beskrivelse av organisasjoners livssyklus (Figur 4):

Figur 4. Enhver organisasjon blir til ved entusiasme og innsats fra noen få. Så vokser organisasjonen, den oppnår store resultater, deler seg kanskje, men når til slutt en middagshøyde. Da setter forfallet inn. Man får profesjonskamper som stjeler mye energi, og kontrollapparat må settes inn. Da kommer byråkratiseringsfasen, hvor organisasjonen stivner helt og dreper alle initiativer nedenfra. Til slutt dør organisasjonen.



Den norske offentlige HOT befinner seg nok på flere stadier i denne syklusen. Men hovedinntrykket er at man har kommet langt over på høyre side, i den stadig mer tilstivnete og kontrollerte delen. Hovedtrusselen er at initiativrikt og dyktig fagpersonale bryter ut og begynner for seg selv – slik vi nå ser i Norge med økende privatisering og todeling av helsevesenet. Skal man snu denne utviklingen, må det noe helt annet til enn HPKs forslag. Det må ikke lenger være slik at virksomhetens mål skal være å skaffe lønnsomhet for eierne eller bare være bærekraftig i den forstand at den holder seg innenfor tildelt budsjett. Rettighetstenkning må vike for behovsoppfyllelse. Det er økonomien som må tilpasses slik at borgernes reelle behov for helsehjelp dekkes, og ikke omvendt. Da må de helsefaglig ansatte få gode, inspirerende og levelige arbeidsvilkår, og administrasjon og kontrollrutiner må reduseres til et nødvendig minimum. Det er meget beklagelig at HPK ikke tar opp dette problemet, men det er forståelig når man ser på hvem som satt i kommisjonen.

HPKs sammensetning. Kjønnsdimensjonen. HOT er i stor og økende grad en arbeidsplass for kvinner. HPK besto av 8 menn og 7 kvinner; leder var mann. Det ville vært langt mer naturlig at både leder og flertallet var kvinner. Elleve av de 15 har helsefaglig utdanning, men det synes som om bare 2 (kvinner) er i klinisk arbeid, helt eller delvis.

Det er 5 leger, 2 menn og 3 kvinner. Én av de kvinnelige legene er klinisk aktiv, blant de øvrige legene er det 3 administratorer og én helsetjenesteforsker. To medlemmer er utdannet som sykepleier, én som helsefagarbeider. Ingen av disse synes å være i klinisk arbeid. Tretten av de 15 har en ledende stilling i en offentlig organisasjon eller fagforening og er trolig valgt som representanter for disse. Farmasøyten Rebwar Salar Nori Saleh arbeider i Sykehusapotekene i Oslo. Ledere/administratorer i institusjoner og organisasjoner med

2. Adizes Y. Organisasjoners livssyklus. Hvorfor organisasjoner dør – og hva man kan gjøre med det. Dagens Næringsliv Forlag 1988. ISBN 82-7346-037-1. Se også Internett: Adizes Organizational Lifecycle

«armlengdes avstand» til praktisk klinikk er altså voldsomt overrepresentert.

Det mangler i stor grad personer som kjenner sykehusrutinene fra innsiden med omfattende og oppdatert personlig erfaring, både fra daglige rutiner og vaktgang. En erfaren, vaktgående kirurg og en erfaren intensivsykepleier i fulltidsstilling burde selvsagt ha vært med. Hadde leder og flertallet vært kvinner og det hadde vært flere medlemmer i aktivt klinisk arbeid, kunne resultatet av HPKs arbeid vært helt annerledes. Man kunne til og med ha fått en utredning som svarte adekvat på mandatet. Det gjør ikke HPK – den legger som premiss at antallet ansatte i HOT ikke kan øke. Det bemerkes for øvrig at HPKs leder også er styreleder ved landets største helseforetak, Oslo Universitetssykehus (OUS). Det er uheldig at to så viktige lederposisjoner bekles av samme person. Landet mangler ikke personer med kompetanse til slike lederoppgaver.

Det er tydelig at oppdragsgiverne i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ikke har sett hvordan sammensetningen av HPK reflekterer et korporativt samfunn med tiltakende totalitære trekk. HOD har heller ikke tatt inn over seg kjønnsdimensjonen som støter an mot de patriarkalske strukturene som ennå behersker vårt samfunn.

HPKs innstilling legger opp til å redusere hele helse- og omsorgstjenesten til et økonomisk spørsmål. Utviklingen vil da fortsatt følge Josef Stalins herostratisk berømte tese: «Tillit er bra, kontroll er bedre». I kortform er løsningen å snu Stalins utsagn: «Kontroll er bra, tillit er bedre». Statsminister Jonas Gahr Støre har lovet en tillitsreform i offentlig forvaltning. Ennå har man sett lite til den, men å legge HPKs utredning i skuffen kan være en god begynnelse.

Vi trenger våre lokalsykehus mer enn noen gang – vår helsemessige beredskap er på et lavmål

Sven Erik Gisvold, Professor og spesialist i anestesiologi.

Varianter av artikkelen har tidligere stått på trykk i forskjellige aviser.

Hva tåler Helsevesenet når det kommer en ekstra bølge i form av epidemi, naturkatastrofer eller flyktningestrømmer ? Har vi noe å gå på? Svaret er nei. Vi tåler svært lite.

For to år siden ble vi «truffet» av en ganske liten bølge. Da drøyt 300 pasienter med Covid-19 var innlagt på våre sykehus, gikk systemet ned i knestående. I følge Aftenposten ble 3-400 000 undersøkelser og operasjoner i spesialisthelsetjenesten utsatt, for å kunne håndtere disse 300 pasientene. Den ordinære pasientmassen betaler en høy pris for vår manglende beredskap. Vi har ennå ikke tatt igjen etterslepet. Hva vil skje hvis vi får en stor utfordring; epidemi, naturkatastrofer, flyktningestrømmer? Vi vil raskt oppdage at det ikke bare er kornsiloer det er mangel på. Det har foregått en dramatisk nedbygging av norsk sykehuskapasitet i flere tiår. I 1980 hadde vi 22000 døgnåpne senger i somatiske sykehus. Nå har vi ca 10800. Sammen med Sverige har vi det laveste antall sykehussenger pr innbygger i Europa – ca 2 pr 1000 innbyggere. Samtidig har befolkningen økt med over en million. Dette har alvorlige medisinske konsekvenser i form av komplikasjoner, dødsfall og uverdige utskrivninger. Skiftende helseministre hevder at dette er som det skal være; vi trenger ikke flere senger, vi må bare jobbe smartere og få pasientene raskere ut av sykehusene.

Helseforetaksreformen ble innført i 2002 og innebærer at sykehus skal drives etter samme prinsipper som en industribedrift, med profesjonelle styrer og økonomisk lønnsomhet som det overordnede mål. Det ble et ensidig fokus på produksjon , stordrift og økonomi. Helse og omsorg ble plutselig en vare som skulle kjøpes på et marked. Vi gikk fra et behovsstyrt til et gevinststyrt helsevesen. I denne prosessen ble en rekke lokalsykehus nedlagt, og planene ligger klare for ytterligere nedleggelser. Hvis de foreliggende planer for Nordmøre, Innlandet, Drammen, Stavanger og Osloområdet blir effektuert, vil vi bli det landet i Europa som har færrest sykehussenger pr innbygger og dermed den dårligste beredskapen når vi møter en regnværsdag. Den kjente pressemannen Thor Bjarne Bore skrev i Adresseavisen i januar 2002: «Man skal lete lenge for eventuelt å finne en dårligere forberedt politisk reform i Norsk politisk historie.» Det har blitt som Bjarne Håkon Hansen påpekte - I framtida skal det bli vanskeligere å komme inn på sykehus, og er du først kommet inn skal du hurtigst mulig ut.

Vi skal prise oss lykkelige for at noen fortsetter kampen for å stoppe denne utviklingen. Heldigvis ser det nå ut til at virkelighetens vind kommer oss til unnsetning. Nedbyggingen har nå kommet så langt at vi ikke vil klare oss uten en revitalisering og styrking av lokalsykehusene .Det nye St Olavs Hospital var underdimensjonert fra første stund. Lenge før pandemien var de fleste hverdager preget av diskusjoner om hvordan vi skal få plass til pasientene. Hvordan kan vi unngå innleggelser, hvordan få pasientene fortere ut, hva må vi stryke av dagens operasjonsprogram? Det er for lengst laget en langtidsplan som sier at det trenges over 300 ekstra senger i Trondheim. Hvis vi ikke hadde hatt sykehusene i Orkdal og på Røros ville det ha vært en katastrofe i Sør Trøndelag. Orkdal er i dag et høyt spesialisert sykehus som i tillegg til mye annet, utfører et stort volum robot- og kikkhullkirurgi – som det ikke er kapasitet til i Trondheim. Det lille sykehuset på Røros er i dag en meget veldrevet enhet som ikke bare utfører ca 2000 dagkirurgiske inngrep, men også har flere spesialistpoliklinikker og dialyse og en sengepost som drives av stedets primærleger. Røros Sykehus har en logistikk og kvalitet som vi skal være stolte av og som mange kan lære av.

Vi ser en liknende utvikling i andre deler av landet. Ahus var flott og moderne da det ble åpnet . Men også her var det sterkt underdimensjonert. De har i dag gått i allianse med Kongsvinger for å kunne møte befolkningens behov. Drammen er også overfylt.(med flere tusen korridorpasienter årlig). De avlastes nå av Kongsberg. I sin visdom har de nå planlagt et nytt Drammen sykehus med færre senger enn dagens… Det samme ser vi i Østfold hvor det nye Kalnes skulle bli rene mirakelet. Det var alt for lite fra første øyeblikk. Moss blir travlere enn noen gang. I Innlandet pågår kranglingen for

fullt. Hvis de foreliggende planene blir realisert vil kapasiteten bli ytterligere redusert. Her pågår en intens kamp for å bevare de sykehusene man har i dag. (Det såkalte null + alternativet) Alt håp er ikke ute. Helseminister Kjerkol hevder stadig at befolkningen i Osloområdet sårt trenger nye og moderne sykehus. Til det er å si at det hjelper lite at sykehusene er moderne – hvis det ikke er plass til pasientene. Det må vel også du ha lært nå, Kjerkol?

Kanskje har vi lært noe av pandemien og dagens internasjonale situasjon ? Vår alles gode venn Espen Rostrup Nakstad har sagt at vi kanskje må tenke annerledes når vi planlegger sykehus i framtida. Kanskje er det gunstig med flere mindre sykehus spredt omkring? Myten om at stordrift alltid er best er for lengst avlivet. Det gjelder kanskje bilfabrikker – men ikke sykehus. Kvaliteten på mindre sykehus er minst like god. Løsningen er åpenbar. Vi må stoppe ytterligere nedbygging av norske sykehus, og vi må ta vare på og styrke lokalsykehusene. Det må videreutvikles et funksjonelt samarbeid mellom de store og de små., Og vi må koste på oss å ha en viss reservekapasitet hvis det virkelig kommer en regnværsdag. Og det gjør det helt sikkert.

Helsepersonellkommisjonen gjør et stort poeng av at det blir umulig å skaffe nok personell i helsetjenesten. «Det må bli færre ansatt pr pasient, og to ekstra sykepleiere i helsevesenet betyr to færre ingeniører i det grønne skiftet» er uttalelser som stadig gjentas. Disse uttalelsene støttes ikke av forsker Erling Holmøy fra SSB som har vært en viktig leverandør av data til kommisjonen. Han hevder tvert i mot at det trekkes slutninger det ikke er grunnlag for. Han påpeker at helsevesenet selvfølgelig må kjempe med alle andre sektorer om tilgjengelig arbeidskraft, og at det vil bli ansatt langt flere i årene framover. (Dag og Tid 28.2.2023) Mange påpeker også at antallet nordmenn i aktivt arbeid vil stige i årene som kommer, og investeringer i helse og utdannelse er helt avgjørende elementer i samfunnets verdiskapning. Og – ja, vi må bli flinkere til å holde på arbeidskreftene og få helsepersonell til å stå lenger i arbeid. Det handler om ledelse, trivsel og gode lønns- og arbeids-forhold.

I den fremtidige løsningen må lokalsykehusene spille en sterkere rolle, med sin evne til fleksibilitet, trivsel og effektivitet. Det er for lengst tilbakevist at sentralisering og stordrift er en fordel i sykehusvesenet.

Er godt arbeidsmiljø og bedre arbeidsforhold løsningen på «helsepersonell-krisen»?

Kristin H Hovland. Spes arbeidsmedisin, sentralstyremedlem Legeforeningen og leder Oslo legeforening

Allerede i innledningen skriver Helsepersonellkommisjonen:

> *En levelig arbeidsbelastning, trivsel, motivasjon og faglig utvikling er viktig for å rekruttere og beholde ansatte (s 15).*

I kap 9 omtales arbeidsforhold og arbeidstid spesielt. Innledningsvis skriver de:

> *Av bestemmelsene i arbeidsmiljøloven som har særlig interesse for helsepersonells arbeidssituasjon er lovens kapittel 10 om arbeidstid og kapittel 14 om ansettelse.*

Kommisjonen anerkjenner viktigheten av de andre kapitlene, men skriver at de ikke er så relevante for temaene som løftes her.

Kapittelet burde startet med Arbeidsmiljølovens §1-1 som omtaler bl.a. å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, og videre å legge til rette for et godt ytringsklima i virksomheten.

Dette er kjernen i gode arbeidsforhold, og gode arbeidsforhold er kjernen i å rekruttere og beholde ansatte.

Både på sykehus og i kommunene påpeker flere ansatte vanskelige arbeidsforhold. Manglende oppfølging og støtte, verdikonflikter og for høy arbeidsbelastning trekkes frem av flere yrkesgrupper. Kommisjonen har flere gode vurderinger om hva som må til, innledningsvis om jobbtilfredshet og psykologisk trygghet. Men, plutselig kommer flertallets forslag om at ...

> *en slik begrensning i arbeidsgivers styringsrett som følge av at man er avhengig av ulike avtaler, kommer i konflikt med virksomhetens ansvar for å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester (s179).*

Mindretallet (klinikere/nær klinikken) i kommisjonens er med god grunn motstandere av å gi arbeidsgiver større styringsrett over arbeidstiden og er bekymret for at dette vil legge ytterligere press på normalarbeidsdagen. 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.

Etter å ha vurdert femten ulike tiltak, kommer konklusjonen i kap 9 med to punkter som omhandler det samme; arbeidstid. Punktene kommer i en kontekst hvor behov og arbeidsgivers myndighet til å bemanne tjenesten står i fokus, og ikke ansattes ønsker eller behov (selv om godt arbeidsmiljø blir nevnt). Med kommisjonens fokus også på høyere sykefravær i helse- og omsorgstjenestene mot befolkningen for øvrig, og tall som viser hvor mange flere årsverk en kan få ved å redusere sykefraværet, synes det underlig at ikke større fokus legges i å følge opp de andre, proaktive tiltakene som er omtalt.

Unio og SINTEF har for tiden et forskningsprosjekt om emosjonelle krav og belastninger innenfor yrker som jobber for og med mennesker. I første omgang kom en kunnskapsoppsummering i mai 2023[1]. De bruker Jobbkrav-ressursmodellen, en modell utformet av Bakker og Demerouti[2]. I rapporten skriver de bl.a.:

> *Forskningsresultatene i denne kunnskapsoppsummeringen viser tydelig at høye emosjonelle krav, ofte i sammenheng med andre jobbkrav, kan ha en negativ påvirkning på ansattes arbeidshelse. Og videre: Funnene gir også gode indikasjoner på at emosjonelle krav er en av de viktigste faktorene som forklarer den økte risikoen for sykefravær for de som jobber innenfor helse- og omsorgsyrker sammenlignet med andre yrker.*

De skriver også hva som skal til for å gi mestring:

> *For å hente ut potensialet mener vi at det også vil være av betydning å se ut over de tradisjonelle jobbressursene sosial støtte og jobbkontroll, slik at en ikke går glipp av relevante andre buffermekanismer. Det finnes mange andre betydningsfulle jobbressurser som for eksempel; anerkjennelse, tilbakemeldinger, tydelige forventningsavklaringer, handlingsrom for å justere arbeidstempo og bestemme pauser, rolleklarhet og ledere som legger til rette for utvikling av nye ressurser og sørger for nok tid til å gjennomføre oppgaven med den kvaliteten som er forventet og ønsket.*

Følgende punkt som tas opp i forskningsrapporten er betydningsfullt for alt helsepersonell, også sett i lys av oppslagene i sommer (2023) på Facebook og i aviser om #legermåleve som setter fokus på legers krevende arbeidsforhold mange steder:

> *Det å oppleve at arbeidet er for krevende kan innenfor noen kontekster oppfattes som at det er den enkelte som ikke takler jobbkravene, som ikke tåler å stå i jobbsituasjonen, i stedet for at fokus rettes på et forebyggende arbeid på arbeidsplassnivået.*

Pasientkrisen, som mangel på fastleger er, omtales i Helsepersonellkommisjonens rapport:

> *Fastlegeordningen er viktig for sikring av gode og likeverdige helsetjenester i alle landets kommuner. … Helsepersonellkommisjonen er bekymret over svak rekruttering til fastlegeordningen, at mange fastleger har et høyt arbeidspress og at et økende antall innbyggere mangler fastlege (s147).*

Dårlig legedekning i kommunen gir utrygghet for et godt sted å bo og fortsette å bo/flytte til. Skal Norge klare å gi gode helsetjenester i alle kommuner, trengs det både flere fastleger, sykepleiere og annet helsepersonell.

Det er altså ikke status quo som behøves – det er *flere, mange flere* helsearbeidere og støttepersonell, som behøves for å dekke opp behovet for godt arbeidsmiljø og samtidig gi ansatte en riktig arbeidstid med god jobb-hjem-balanse.

Et helt annet punkt som kommisjonen trekker frem, er følgende:

> *Utforming av arealer og bygg i helse og omsorgstjenestene har stor betydning for en effektiv tjenesteyting og ressursbruk (s 144).*
>
> *Byggene som ansatte jobber i, må være hensiktsmessige store og tilpasset pasientenes og de ansattes behov. Uhensiktsmessig eller manglende areal går på bekostning av de ansattes produktivitet, fordi hver enkelt ansatt da får gjort mindre pasientbehandling. Dette fører i neste omgang til at det trengs flere ansatte for å dekke sammen behov for helsetjenester. Resultatet er høyere driftskostnader. Dermed vil kortsiktig kostnadseffektivisering i investeringer føre til unødvendig høye driftskostnader på lengre sikt. Helsepersonellkommisjonen anbefaler å vurdere konsekvensene for personellets produktivitet i vurderingen i planleggingen og dimensjonering av nye bygg i helse og omsorgstjenestene. Det betyr at byggenes evne til å understøtte produktivitetsøkning, gitt den totale ressursbruken, må inn i investeringskalkylen på samme måter som kostnader per kvadratmeter (s144-5).*

Konsekvensen av dette, burde følgelig være å stanse alle pågående nybygg/rehabiliteringer til man har vurdert det kommisjonen skriver. Vi vet at sykehusene som er bygget i de senere år (eks Kalnes, Ahus, Kirkenes), alle er for små. Vi vet at Sykehusbygg og Helse Sør-Øst jobber med en oppdatert versjon av framskrivningsmodellen. Hvordan sykehus er dimensjonert vil altså kunne ha betydning for hvor folk ønsker å jobbe.

For å hindre frafall fra helsetjenesten på grunn av uegnede nybygg, må myndighetene/Regionale helseforetak kreve en ny gjennomgang i alle pågående og planlagte prosjekter, hvor disse punktene inkluderes, *før* prosjektene går videre. Vi har tid til å vente på bedre løsninger, og ikke råd til å la være, verken av personellmessige eller økonomiske grunner.

I underlaget til Helsepersonellkommisjonens rapport er viktigheten av arbeidsmiljø, arbeidstid (jobb-hjem balanse) og gode, fysiske arbeidsforhold nevnt flere ganger, men konklusjonene trekker i motsatt retning. Dersom premisset om at vi ikke kan ha økning av helsepersonell fremover blir stående, vil konklusjonene føre oss inn i et uføre med nedbygging av det offentlige helsevesenet. Det er fullt mulig å velge noe annet for politikere og ledere.

Knappe ressurser må prioriteres godt

Lene Haug. Leder i Redd Ullevål Sykehus og Helsepolitisk forum for hele Helse Sør-Øst

Helsepersonell er en knapp og verdifull ressurs, det har Helsepersonellkommisjonen rett i. Å be de helseansatte løpe enda fortere og behandle enda flere pasienter enn i dag, er ikke veien å gå for å rekruttere flere. Vi må forvalte og behandle helsepersonell godt slik at sektoren blir attraktiv og konkurransedyktig og vi må verne om det velferdssamfunnet vi har bygget opp.

Derfor trenger vi en helt ny utredning som svarer på hvordan vi skal møte den store oppgaveveksten som vil komme innen helse- og omsorgstjenester fremover. NOU-en Tid for handling, svarer ikke på mandatet. De fikk et viktig oppdrag. Det er allerede mangel på kvalifisert helsepersonell. Mange vil kjenne seg igjen i utfordringsbildet, med hensyn til at det er krevende å rekruttere tilstrekkelig med kvalifisert helsepersonell både i kommuner og på sykehus. Derfor er det spesielt synd at kommisjonen ikke svarer på den sentrale oppgaven.

Når det er sagt så løfter Helsepersonellkommisjonen en del temaer til debatt som vi trenger å ta om hvordan helsetjenestene våre er innrettet. Så selv om hele utredningen burde blitt erstattet av en som svarer på oppgaven inneholder den likevel interessante momenter det er verdt å se nærmere på. Ikke minst er Helsepersonellkommisjonen opptatt av prioriteringer og tar til orde for å nedprioritere en del behandling i den offentlige helsetjenesten. Hvordan vi som samfunn skal prioritere er en viktig politisk debatt, men konklusjonene som trekkes i Tid for handling er diskutable. Velferdssamfunnet vårt er verdifullt, og vi bør i stedet prioritere å bruke de knappe ressursene våre til å sikre det for fremtiden.

Organisering og samhandling i helse- og omsorgstjenestene

Kommisjonens flertall foreslår å utrede en mer helhetlig organisering av helse- og omsorgstjenestene enn i dag. Det er med tanke på at en eventuell samling til et felles forvaltningsnivå kunne redusere forbruket av helsepersonell og gi bedre bruk av den samlede tilgjengelige kompetansen i helse- og omsorgstjenestene.

Det kan være interessant med en gjennomgang av dagens to forvaltningsnivåer, med utgangspunkt i intensjonene bak samhandlingsreformen. Imidlertid vil dagens foretaksorganisering med regionale helseforetak med underliggende helseforetak være en uegnet organisasjonsform dersom helsetjenestene skal legges til ett forvaltningsnivå. Forslaget vil kreve en omfattende omorganisering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helseforetaksorganiseringen vil gi for lav grad av politisk kontroll, styring og prioritering av helsetjenestene til innbyggerne i kommunene dersom alle tjenestene samles på ett nivå.

Hus og hytte

«Hus- og hytte»-modellen som kommisjonen beskriver, bærer preg av en form for ambulering. 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. Denne typen ordninger med flere arbeidssteder må være frivillige for arbeidstakere også 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 dem.

Det må bygges effektive sykehus

De siste årene har det å bygge såkalte «arealeffektive sykehus» vært normen. Dette har skjedd over hele landet og nye sykehus blir gjennomgående bygget for små. Dette går ut over arbeidsforholdene for de ansatte stor grad, med mangel på pauserom, lite kontorplass, trange garderober og generelt krevende arbeidsforhold. Mange steder er det også mangel på behandlingsarealer. Det er for eksempel for få poliklinikkrom og operasjonssaler slik at leger, sykepleiere, radiologer, psykologer, bioingeniører med flere, må vente i kø på ledig plass til å gjøre jobben sin.

I Oslo planlegges det største sykehusutbyggingsprosjektet i landet noensinne med slike «arealeffektive» bygg. Kritikere, politikere og fagmiljøer har i årevis 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 fortsette å være. Trange sykehusbygg har vist seg å føre til lavere produktivitet og svekket arbeidsmiljø. Dette er grundig dokumentert. Kommisjonen burde virkelig tatt til orde for et skifte når det gjelder tankesett knyttet til utforming av arealer. Gode arbeidsforhold er viktig både for arbeidsmiljø

og effektivitet. Det er av største viktighet at nye sykehusene dimensjoneres med store nok akuttmottak og tilstrekkelig sengekapasitet, ikke minst til lokalsykehusfunksjoner. Det må være mange nok rom for poliklinisk behandling, tilstrekkelig med operasjonsstuer og så videre. En god arbeidsflyt må kunne opprettholdes også i perioder med ekstra utfordringer.

Sykehusplanene til Oslo universitetssykehus er i så måte sterkt bekymringsfulle. Den storstilte satsingen på oppgaveoverføring til kommunen og det såkalte hjemmesykehuset, som være en del av Nye Oslo Universitetssykehus, er ikke konsekvensutredet. Det er lite 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.

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.

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 rekrutteringen til offentlige helse- og omsorgstjenester bli ytterligere utfordret fremover.

Overbehandling er et problem i land der 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 helsetjenestetilbudet for de gruppene som ikke selv kan finansiere private tjenester.

Kommisjonens overordnede fremstilling av manglende søkelys på prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene er rett og slett 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 signaler både fra helseminister Ingvild Kjerkol og andre 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 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 den relativt friske delen av alderdommen.

Digitalisering og teknologisk utvikling

Digitalisering og annen teknologisk utvikling er forventet å føre til stor effektivisering i helse- og omsorgstjenestene og dermed mindre behov for personell. Det kommer uten tvil til å skje en rivende utvikling fremover, men det vil skje også i andre sektorer enn i helse- og omsorgsektoren. Kanskje i enda større grad i sektorer der «varme hender» og medmenneskelig kontakt ikke er en viktig kvalitet i seg selv.

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 at det øker kvaliteten på tjenesten. Tekniske løsninger kan ikke erstatte menneskelig kontakt. Digitalisering er noe som bør komme som kvalitetshevende tiltak i tillegg til omsorgsfull behandling.

Helsetjenestene våre må rustes opp og ikke ned, slik at vi kan møte den økende andelen eldre i befolkningen. Måten vi tar vare på dem som trenger samfunnets bistand handler ikke bare om dem som får hjelp og omsorg, det handler om hele samfunnet vårt, om hvem vi er. Et godt samfunn for alle er en umistelig verdi som vi ikke har råd til å nedprioritere.

Er pensjonister et problem?

Werner Christie. Lege og frittstående konsulent, tidligere helseminister (AP)

Tidligere publisert i Dagens medisin 6. juni 2023

De Nasjonale Folkehelsemålene som fremheves i folkehelsemeldingen[1] er at «Norge skal være et av de tre landene i verden med høyest levealder i verden», og at «befolkningen skal oppleve flere gode leveår».

Helsepersonellkommisjonen[2] på den annen side at den økende andelen pensjonister og eldre i befolkningen er et problem, og at det i fremtiden ikke vil være personell og penger nok til helse og omsorgstilbud på samme nivå som nå. Det må ifølge utvalgsleder Bovim bli «færre ansatte pr. pasient og strammere økonomi..» i helse og omsorgsektoren. Det er i så fall et valg vi gjør, og ingen økonomisk eller politisk «lovmessighet» som tvinger oss til det.

Tar vi (eldre)-BØLGEN?

At de eldre og pensjonisters andel av befolkningen øker er et allment fenomen i de fleste utviklede land. Det kan gi grunn til å «ta eldrebølgen» som en markør for at velferdsstaten som prosjekt har lykkes. Samtidig synker den relative andelen sysselsatte i befolkningen, mens andelen yrkesaktive i helse og omsorg øker jevnt. Andelen med innvandrerbakgrunn utgjør her som ellers rundt 15%. De fleste utviklede samfunn får en stadig større tjenesteytende sektor med populære og varierte arbeidsplasser, mens andre sektorer får en gradvis lavere andel sysselsatte i tråd med løpende automatisering og effektivisering av produksjonen. Det er en ønsket utvikling, og kommer av at de fleste andre sektorer kan høste effektiviseringsgevinster gjennom stordriftsfordeler, mekanisering og IT-løsninger. Det er ikke mulig på samme måte innenfor personlige, en-til-en tjenesteytende næringer uten at tjenestenes resultat og kvalitet reduseres. Dette er grundig belyst av økonomer bl.a. gjennom «Baumols lov»[3]: Personlig tjenesteyting som i utdanning og helse og omsorg kan ikke effektiviseres på samme måte som mye annen verdiskapning og blir derfor relativt sett dyrere over tid. Det fører også til «helseøkonomiens første lov»: Landenes investeringer i helse følger ganske presist veksten i BNP. Det kan ha sammenheng med at jo bedre basale behov som bosted, mat, vann og inntektsbringende arbeid er dekket, jo sterkere prioriterer vi å dekke andre grunnleggende behov som helse og utdanning. I dag er primære materielle og andre behov[4] for de fleste rimelig godt dekket. Det er da naturlig at befolkningen etterspør tjenester som kan gi dem et lengre liv med god helse og livskvalitet, i likhet med målene i folkehelsemeldingen.

Helsepersonellkommisjonen

Helsepersonellkommisjonen har i likhet med de mange prioriteringskommisjonene vi har hatt i norsk helsevesen ikke forholdt seg til *prioriteringen av selve rammene til helsetjenesten* som andel av BNP og av arbeidsstyrken, og har heller ikke hatt mandat til det. Det er likevel det mest grunnleggende prioriteringsspørsmålet for helsetjenesten og alle andre tjenester: Hvilken bruk av penger og personell gjør størst forskjell, og gir mest av de viktigste realverdiene tilbake til folk og felleskap?

Kommisjonen har i stedet tatt som utgangspunkt at økonomien og arbeidsstyrken ikke kan tilpasses de økende behovene. Dette er en problematisk[5] premiss for samfunnets prioriteringer, og fortjener sin egen kommisjon og utredning, noe vi ennå ikke har fått. OECD legger vekt på at mål for «WellBeing» bør erstatte BNP som utviklingsmål[6], og FN ber oss styre mot sosial og annen bærekraft[7]. I forlengelsen av dette publiserer Helsedirektoratet livskvalitets-undersøkelser[8] som skal følge de jevnlige perspektivanalysene fra Finansdepartementet.

Hva er verdiskapning?

Det er tankevekkende at BNP minst har doblet seg siden 1970, mens World Happiness Index[9] som mål på livskvalitet har ligget flatt i de fleste utviklede land. Vi må med andre ord gå grundigere inn på hva som er «verdi»-fullt og «verdiskapning» i samfunnet. Covid-epidemien gav en test på det: Når helse og velferd ble tydelig truet for alle, prioriterte vi å ta omfattende økonomiske og sosiale belastninger for å bevare helsen. Dette viser oss det åpenbare, at helse og velferd, dvs Wellbeing eller Livskvalitet, er en grunnleggende verdi, og en forutsetning for å nyte andre velferdsgoder. Våre overordnete prioriteringer for samfunnsutviklingen bør, som folkehelsemeldingen, ta dette inn over seg med langt tydeligere konsekvens. Helsepersonellkommisjonen derimot, ser ut til å ville tilpasse behovene til gitte rammer i stedet for omvendt.

1. Meld. St. 15 (2022 –2023) Folkehelsemeldinga Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar
2. NOU 2023:4 Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste
3. William J Baumol & al: The Cost Disease. Why computers get cheaper and health care doesn't.
4. Peter Corning: «The fair society: The science of human nature and the pursuit og social justice». University of Chicago Press, 2012
5. Mariana Mazzucato: " The value of everything." Allen lLne, 2018
6. https://www.oecd.org/wise/better-life-initiative.htm
7. https://www.undp.org/sustainable-development-goals/good-health
8. https://www.helsedirektoratet.no/tema/livskvalitet-trivsel-og-folkehelsearbeid
9. HTTPS://NVSHQ.ORG/ARTICLE/WORLD-HAPPINESS-INDEX/

Helsepersonellkommisjonen ignorerer klimakrisen og krigstrusler:

Vi trenger styrket beredskap og kraftfull satsing på helsepersonell, ikke nedbygging

Mads Gilbert, overlege, prof.em. dr.med., Tromsø

- Vi må stoppe nedbygging av norske sykehus og sikre kritisk nødvendig reservekapasitet og beredskap for å møte klimakrisen og økende geopolitiske trusler mot Norge
- Vi trenger sterk vekst i helse- og omsorgssysselsettingen for å møte både økningen i antall eldre og nye behandlingstilbud, men også for å sikre lovpålagt helseberedskap i tilfelle katastrofer og krig.
- Klimakrisen viser hvor sårbare vi blir med et 'moderne' helsevesen basert på sentralisert (sykehus)struktur og få store enheter som blir lette bytter for svikt i energi-, vann- og forsyningslinjer.
- Geopolitiske trusler mot Norge med krig og sikkerhetstrusler i nærområdene og økende flyktningstrømmer krever en kraftfull opptrapping ikke nedbygging av helseberedskapen i kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Kortreist, desentralisert helseberedskap er mer effektiv og resilient enn store sentraliserte enheter. Skal helseberedskap for krig og katastrofer sikre befolkningen, må det brukes betydelige ressurser på trening av helsepersonell og andre samfunnsaktører, sikre nødvendig ekstrakapasitet på sykehus og kommunale sykehjem, bygging av robuste lagre av medisinsk utstyr og redundante forsyningslinjer for mat, vann og energi til lokal helseberedskap.
- Disse beredskapsoppgavene er allerede lovpålagte, men har i stor rad blitt vanskjøttet av politisk ledelse og 'foretaksledelsene' i det offentlige helsevesenet som covid-pandemien avslørte.
- Som et av verdens rikeste land har Norge råd til å utvikle en sterk, desentralisert offentlig helseberedskap for å møte klima- og krigstruslene og ivareta befolkningens helsebehov i kriser og krig.
- Dagens klima- og krigstrusler åpner ikke for en dempet etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, men øker behovene også for beredskap i et samfunn som bygger på fellesskapsverdier.
- Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023-4) avslører en urovekkende overflatisk og bagatelliserende holdning til helsetjenestenes personellbehov i alvorlige beredskaps- og trusselsituasjoner: 'For enkelte stillinger kan personellbehovet for beredskapsformål være vesentlig høyere enn under normale forhold. Et eksempel er personell på intensivavdelinger, der det kan være svært høy belastning og et stort personellbehov under alvorlige ulykker eller andre spesielle og sjeldne hendelser som under en krig eller en pandemi. Det vil for slike tjenester være behov for å ha store personellressurser tilgjengelig en sjelden gang.' (s.141, mine uthev.)

Klimakrisen har globale og lokaler katastrofale konsekvenser for befolkningens helse og for lokalt og nasjonalt helsevesen. Sykehus, helsesentra og helsepersonell må forberedes på å aksle økte helsebehov som følge av klimakrisen samtidig som systemene må forberedes på brudd i kraft-forsyning, flom, ras og forsyningsproblemer som hindrer gjennomføring av moderne medisinsk behandling og nødvendig pleie. Endrete helsebehov og nødvendige kriseløsninger vil påføre helsevesenet økte personellbehov og milliarder i ekstrakostnader. WHO slår fast at *'Climate change is the single biggest health threat facing humanity, and health professionals worldwide are already responding to the health harms caused by this unfolding crisis'.*

Helsepersonellkommisjonen ***nevner ikke klimakrisen en eneste gang*** som en helserelatert trussel eller faktor å regne med i forhold til behov for helsepersonell!

Krig har enorme konsekvenser for både helsevesen og helsepersonell. **I Ukraina** er det dokumentert over 700 russiske angrep på sykehus, helsearbeidere og annen medisinsk infrastruktur i løpet av okkupasjonens første år.

I okkupert **Palestina** har WHO dokumentert 187 angrep på palestinsk helsevesen bare i 2022. Folkeretten brytes systematisk og sivilt helsevesen er mål i 'moderne' krigføring. 'Krigførende parter' pålegges *distinksjon* mellom sivile og militære mål, *proporsjonalitet i våpenbruk*, og forbehold hvis et angrep kan ramme sivile. Beskyttelse av sivilbefolkningen, helsevesen og sivilsamfunnet skal alltid ha førsteprioritet,

men det er bare i teorien. Ødeleggelse av helsevesen kommer i tillegg til svær øking i pågangen av pasienter og krigsskadde.

Det samme kan selvsagt skje i Norge, noe Helsepersonell-kommisjonen bagatelliserer til noe 'sjeldent' – samtidig som det brukes milliarder på opprusting av det norske militære forsvaret.

Helsepersonellkommisjonen har åpenbart ikke forstått betydningen av helsevesenets infrastruktur og godt rustet helsepersonell som en særdeles viktige deler av vår nasjonale beredskap. ***Krig omtales to ganger – og da som 'sjelden' – mens okkupasjon overhodet ikke nevnes.***

Vi har heldigvis ikke opplevd krig i Norge siste 80 år. Dagens norske helsevesen og helsearbeidere er ikke forberedt på krig. Vi har ikke solide lagre og oppdaterte planer. Vi har ikke øvd. Covid-pandemien avslørte alvorlig svikt i norsk helseberedskap. To tiår med underbudsjettering, nedskjæringer og reduserte sengetall etter sykehusreformens innføring i 2001 har ført til forfall i beredskapen og utarming av norsk helseberedskap. Ingen har ivaretatt beredskapsbehovene og helsepersonells nødvendige forberedelse og trening.

Systematisk beredskapsarbeid, øvelser og lagre er 'ulønnsomt' i et helsevesen som skal driftes etter foretakreformens merkantile økonomiske prinsipp som 'konsern og 'foretak'. Helseforetakenes styrer har 'bunnlinja' i fokus, ikke samfunnsoppdragets krav om fagkyndig daglig drift og lovpålagt helseberedskap. Helseberedskapsloven stiller krystallklare krav allerede i § 1-1:

'For å ivareta lovens formål, skal virksomheter loven omfatter kunne fortsette og om nødvendig ***legge om*** *og* ***utvide driften*** *under* ***krig*** *og ved kriser og katastrofer i fredstid, på basis av den daglige tjeneste,* ***oppdaterte planverk*** *og* ***regelmessige øvelser****, slik det er bestemt i eller i medhold av loven.' (mine uthev.)*

De fleste tror nok at norske sykehus (helseforetakene) og kommunene har oppdaterte planverk og har øvd personell og planer regelmessig for å kunne *legge om og utvide driften i krig – gjentar*: I katastrofer og i **krig**! Det enkle svaret er: Det har vi ikke.

Krigsberedskapen i norske sykehus og kommuner er dessverre nær null. Et militært angrep på Norge vil ta oss – helsepersonell - like mye på senga som pandemien gjorde. Forskjellen er selvsagt at i et angrep på Norge vil *mye mer* enn sykehusenes intensivkapasitet settes på strekk. Krigskirurgisk virksomhet er vanskelig og krever økt kapasitet, sikre forsyningslinjer og trent personell. Forsvarets sanitet har trolig det, men de ha nok med sine militære oppgaver i krig. For sivilsamfunnet skal ta seg av de sivile, både i førstelinja, i ambulansetjenestene og i sykehusene – og i tillegg støtte Forsvarets behov. Forsvarets sanitet har bare begrensete medisinske ressurser og forutsetter støtte fra sivilt helsevesen i krig.

Skal vi få det til må vi ha solide lagre (i fjell), trent personell og helseledere som har sett lengre enn de trange økonomiske skotuppene sine. Lær av Finland.

Krigsberedskapen i norske sykehus og kommuner er som den miserable status for norske tilfluktsrom: Nedbygget, elendig vedlikeholdt og grovt underdimensjonert. Angrepet på Ukraina er nok en vekker. Det gjenstår å se om helseforetakene og kommunenes øverste ansvarlige i Regjeringen vil følge Helseberedskapsloven, eller fullstendig ignorere dagens og framtidens behov for økt satsing på helsepersonell og beredskap slik Helsepersonellkommisjonen dessverre gjør. I praksis kan de gjøre tre ting:

- sikre en varig økonomisk styrking av de økonomiske rammene for kommuner og helseforetak
- snarest iverksette lovpålagt 'oppdatering av planverk og øvelser' for helsetjenestene i krig
- kraftig oppgradere helsepersonellets antall, kapasitet og trening på krise- og krig

Ingen kan si at vi ikke 'har råd': Regjeringen har investert nær 73 milliarder ('levetidskostnader' 268 milliarder) bare til de nye F-35 kampflyene i 'den spisse enden' av Forsvaret. Statsministeren har nettopp annonsert milliarder ***ekstra*** til Forsvaret som følge av angrepet på Ukraina, men ingen ekstrabevilgning til styrking av helseberedskapen slik at loven kan oppfylles og helsepersonell- og helseinstitusjoner kan ta vare på befolkningen vår – og flyktninger - i krig.
Helse Nord er i full gang med å planlegge 'endrer funksjons- og oppgavefordeling' mellom sykehusene i nord for å spare penger. Kommisjonen som lager forslagene vil trolig foreslå å fjerne akuttfunksjonene ved nordnorske lokalsykehus og sentralisere til landsdelens to store sykehus (Bodø og Tromsø). Dette vil i praksis bety kroken på døra for de lokalsykehusene som berøres. Konsekvensen vil være svekket beredskap, mindre utdanningskapasitet for helsepersonell i landsdelen, økt vikarbruk og markant svekket helseberedskap i den mest utsatte delen av Norge sett med geopolitiske øyne. Sparepolitikken møter stor motstand i landsdelen, og kampen for de lokale akuttsykehusene er også en viktig kamp for landsdelens totalberedskap.

Et eksempel: UNN-Tromsø, region- og universitetssykehus i Nord, har siden sykehuset var nytt i 1991, *aldri* gjennomført en *fullskala* katastrofeøvelse som inkluderer hele sykehuset og sykehusets om lag 4.500 ansatte, kommunale beredskapsorganisasjoner og Forsvaret. Vi har årlige øvelser, men de er svært begrenset i omfang og alltid med scenarier fra sivile kriser i fredstid. Grunnen? 'Sykehusets vanskelige økonomi': *'Produksjonen må ikke forstyrres'*.

Vi gjør så godt vi kan og mye mestres. Med systematisk, regelmessig beredskapsarbeid og skikkelige øvelser i alle norske helseinstitusjoner hadde vært mye bedre rustet både for fredstids klimakrise og sivile katastrofer - og krigens grusomheter. Det fortjener befolkningen. Det fortjener vi helsearbeidere.

Krigens redsler er forferdelige. Du vil ikke vite. Skadene på menneskekroppen av 'moderne' våpen er grufulle. Skal du være operativ som helsearbeider i en krigssituasjon må dine ledere ha gitt deg mulighet til å forberede deg grundig på oppgavene og på det tunge samfunnsoppdraget vi vil kunne få ved et angrep på Norge. Dèt er en avgjørende forutsetning for totalforsvaret. Svikter saniteten så svikter viljen og motstandskraften. *Helsepersonellkommisjonen* kan umulig har

forstått dette, tross realitetene med krig tett på oss i Europa og en galopperende klimakrise ute av kontroll.

Å være godt forberedt på å ta best mulig vare på krigens skadde *samtidig* med ivaretakelse av de andre medisinske behovene er kjerneoppgaver for sivilsamfunnet og en plikt for nasjonale myndigheter. Nå må det tas tak, ikke først og fremst på grunn av Ukraina, men fordi pandemien har avdekket så grunnleggende og omfattende svikt og store kapasitetsbegrensninger i norsk helseberedskap.

Kortreist helse og akuttberedskap sparer tid og liv. Helse Nord har talt opp antall akuttinnleggelser siste tre år i de 11 akuttsykehusene i Helse Nord. I snitt var det 817 akuttinnleggelser per uke i hele landsdelen. Som ventet var det flest innleggelser pr. uke i de to største sykehusene Bodø (139 pas.) og Tromsø (228 pas.) med størst befolkningsgrunnlag og spesialfunksjoner. Likevel var flertallet akuttinnleggelser i lokalsykehusene med 55 prosent, av alle akuttpasientene (450 pas.) i uka. **Bare åtte prosent av de som ble innlagt akutt i lokalsykehusene ble overflyttet til Bodø eller Tromsø.**

Kortreist helse gir best beredskap: Flertallet av alle akutt syke og skadde i Nord-Norge legges altså inn på våre døgnbemannet lokalsykehus, der de aller fleste også blir **ferdigbehandlet** (92 prosent). De som skal overflyttes til mer spesialisert behandling, blir selvsagt overflyttet, oftest med våre offentlige, høyspesialiserte luftambulansetjenester (fly og helikoptre).

Den lokale akuttberedskapen gir trygghet for ivaretakelse i uplanlagte situasjoner, og det gir trygghet for de som bor og jobber der. Lokalsykehusene skjermer storsykehusene for pasienter med vanlige, akutte helseproblemer så de kan konsentrere seg om sine spesialiserte oppgaver. Når det virkelig haster har vi velutviklede akuttsystemer som responderer med stor kraft og hurtighet.

Lokalsykehusene er også livsviktige beredskapsressurser. Sykehusstrukturen i Nord-Norge er verken tilfeldig eller utdatert, men en ganske nøye avstemt kombinasjon av mindre, lokale akuttsykehus og to store sentral- og universitetssykehus som sammen med kommunehelsetjenesten, fastlegene og legevaktene sikrer befolkningen forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp både når det haster og når det kan vente. Strukturen gir også langt bedre beredskap en få, store og sentraliserte mastodontsykehus i situasjoner med klimakrise, pandemi og krig.

Langvarig underfinansiering av offentlige helsetjenester og kronisk avhengighet av utenlandske vikarer har gitt oss en stor sårbarhet og svekket redundans. Nå trengs både krafttak og langsiktighet. Stabile, langsiktige og attraktive arbeidsplasser i et høykvalitets helsevesen med gode lokale livsvilkår og attraktive offentlige velferdstilbud (barnehage, skole, nett, kommunikasjon) og god lønn er veien å gå for rekruttering av unge til helsepersonellyrkene. Usikkerhet, nedlegginger, hardhendt sentralisering med stadige destruktive sparekampanjer og nedsnakking av offentlig helsetjenester jager ungdommen bort.

Norge trenger mer enn noen gang livskraftige lokalsykehus i kombinasjon med sterke lokale kommunale lege- og sykepleietjenester, velorganiserte sentral- og region/universitetssykehus og sterke ambulansetjenester i et forsvarlig finansiert offentlig helsevesen – der folk bor.

Først da kan vi også si vi har et totalforsvar, først da kan sivilbefolkningen i Norge forvente forsvarlig beredskap og ivaretakelse i forhold til klimakisen og et minimum av ivaretakelse i krig.

Helsepersonellkommisjonen har ingen svar på dagens og morgendagens store problemer med sitt enøyde fokus på å brems og nedbygging av norsk helsevesen og svekket satsing på helsepersonell

Kilder

- The Commonwealth Fund: The Impact of Climate Change on Our Health and Health Systems (May 2022) https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2022/may/impact-climate-change-our-health-and-health-systems (Lastet 7.8 2023)
- WHO: Climate change and health (2021) https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
- Destruction and Devastation: One Year of Russia's Assault on Ukraine's Health Care System. https://reliefweb.int/report/ukraine/destruction-and-devastation-one-year-russias-assault-ukraines-health-care-system ; https://phr.org/our-work/resources/russias-assault-on-ukraines-health-care-system/ (Lastet 7.8 2023)
- WHO: Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem. Report by the Director-General (17.5 2023). https://apps.who.int › WHA76 › A76_15-en (Lastet 7.8 2023)
- Baugstø V. Underveisrapport om covid-19: – Berettelsen om en varslet katastrofe. https://tidsskriftet.no/2021/05/aktuelt-i-foreningen/underveisrapport-om-covid-19-berettelsen-om-en-varslet-katastrofe (Lastet 7.8 2023)
- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health
- NRK: Har ikke bygd nye offentlige tilfluktsrom i Norge på over 20 år. https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/tilfluktsrom-i-norge-_-har-ikke-bygget-nye-offentlige-tilfluktsrom-pa-mer-enn-20-ar-1.15877485 (Lastet 7.8 2023)
- NRK: Ukraina var en vekker: Nå sjekker de alle bomberom i Vardø. https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/ukraina-var-en-vekker-_-na-sjekker-de-alle-bomberom-i-vardo-1.15875662 (Lastet 7.8 2023)
- Regjeringen: Hva koster egentlig nye kampfly? https://www.regjeringen.no/no/tema/forsvar/innsikt/kampfly/hva-koster-egentlig-nye-kampfly/id710435/ (Lastet 5.8 2023)
- VG: Milliarder til krigsberedskap og sivil beredskap. https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Qy0ngR/milliarder-ekstra-til-forsvar-slik-blir-pengene-fordelt (Lastet 7.8 2023)
- Helse Nord: Styresak 11-2023: Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord. https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202023/20230223/Styresak%2011%E2%80%932023%20Tiltak%20for%20%C3%A5%20sikre%20b%C3%A6rekraft%20i%20Helse%20Nord.pdf (Lastet 1.8 2023)
- Alltinget: Uenighet da styret i Helse Nord vedtok å gå videre med endringer i sykehustilbudet (februar 2023) https://www.altinget.no/artikkel/uenighet-da-styret-i-helse-nord-vedtok-aa-gaa-videre-med-endringer-i-sykehustilbudet (Lastet 7.august 2023)
- Mads Gilbert: Stem nei til Helse Nords alenegang. (Kronikk, 22.2 2023) Nettavisen. https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/stem-nei-til-helse-nords-alenegang/o/5-95-931433 (Lastet 5.8 2023)

Oppsummerte høringsuttalelser fra utvalgte foreninger

Den norske Jordmorforening

Legger vekt på at det er 3 011 yrkesaktive jordmødre der majoriteten arbeider i helse- og omsorgstjenesten, mens det er ca 6 800 autoriserte jordmødre i alt. Selv om mange er pensjonister, må det være et mål å få mange tilbake til yrket.

- Støtter økt samarbeid og delte stillinger mellom kommune/sykehus.
- Jordmoroppgaver må ligge hos jordmødrene.
- Støtter mindretallet som går mot sentrale avtaler og gjennomsnittsberegninger.
- Snitt stilling er 80 %, arbeidsbelastninger er den mest utbredte grunn.
- Vil øke grunnbemanningen på fødeavdelingene
- Vil ha flere jordmorledede fødeavdelinger som ABC klinikken, som gir helhetlig omsorg
- Vil styrke følgetjenesten med jordmor.
- Vil ha fjernet dobbel autorisasjon og åpne for masterutdanning.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Den norske jordmorforening

Den norske Legeforening

Dnlf har levert en omfattende høringsuttalelse. Vi har merket oss disse punktene:

- Peker innledningsvis på misforholdet mellom gode beskrivelser av utfordringene og at dette ikke følges opp i forslag til tiltak
- Det er ikke grunngitt hvorfor helsesektoren må «vike» for andre sektorer, dette er politiske valg
- Er bekymret for at svak vekst i helsevesenet vil gi økt vekst for private helsetjenester og øke de sosiale forskjellene
- Avviser bilde av helse- og omsorgstjenester som forbrukere av fellesskapets ressurser og dermed ikke skaper verdier
- Norges helseutgifter framstilles uriktig som høye
- Forskjellene i personellvekst mellom de ulike tjenestene må drøftes mer
- Det er en alvorlig mangel ved utredningen at kommisjonen ikke foreslår noen tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell.
- De ansatte må oppleve arbeidsplassen som attraktiv
- Det må fremmes tiltak som forbedrer arbeidsmiljøet, reduserer sykefraværet, øker andelen heltidsstillinger og at helsepersonell kan være i jobb hele yrkeslivet
- 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.
- Har gjennom mange år fått erfare at reduksjonen i merkantilt personell, helsesekretærer og helsefagarbeidere har gjort det vanskeligere å jobbe effektivt
- Flertallets forslag om å be myndighetene iverksette lovendringer som sikrer arbeidsgiver økt styringsrett over arbeidstidsordningene frarådes på det sterkeste.
- Legeforeningen er uenig i 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 erfarer samtidig at behandlingstilbudet er for svakt for en rekke tilstander. Det gjelder i særlig grad tilbudet til eldre og alvorlig psykisk syke.
- Kapittel 14 skal gjøre rede for økonomiske og administrative kostnader ved gjennomførelsen 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.
- Legeforeningen er imot tildeling av midler til et program for effektiv organisering og riktig oppgavedeling. Kunnskap om dette finnes allerede og kan prøves ut.
- Innføring av nye digitale systemer må ha kost-nytte-vurdering og ikke ha ensidig fokus på å kutte på antall personell.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Legeforeningens innspill til Helsepersonellkommisjonens utredning

Norsk Sykepleier-forbund

Høringsuttalelsen er preget av NSF sine mange forslag til løsninger på de utfordringene som drøftes i utredningen. Av kommentarer ellers nevnes:

- Norge må være selvforsynt med helsepersonell. Det må utdannes nok helsepersonell til å møte samfunnets behov, og ivareta beredskap. Utdanning til og arbeid i helsesektoren må fremstå som attraktive karrierevalg for unge. Medbestemmelse, gode arbeidstidsordninger, arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid vil bidra til å skape attraktive arbeidsplasser som beholder, mobiliserer og rekrutterer helsepersonell.
- Tillitsvalgtes avtalerett på turnus er en avgjørende kollektiv beskyttelse mot helsebelastende arbeidstidsordninger som også har stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.
- Det er helt avgjørende å finne tiltak som er egnet til å møte utfordringene knyttet til rekruttering, sykefravær, turnover, deltid og tidlig avgang.
- Høy sykepleiedekning er et resultat av en villet politikk. Rapporter slår fast at Norge ikke bruker spesielt mye penger på helse sammenliknet med andre rike, vestlige land. Norge har også en annen geografi, mer desentraliserte tilbud og en bedre utbygd primærhelse- og omsorgstjeneste enn mange andre land.
- Det må sikres at belastningen på helsepersonell og pårørende ikke øker. Tilliten til og oppslutningen om en felleseid, offentlig helse- og omsorgstjenestene må ivaretas
- Flertallets forslag om å gi arbeidsgiver styringsrett på turnus er et svært lite egnet og treffsikkert tiltak.
- Manglende kjønnsperspektiv er en stor mangel ved kommisjonens rapport. Helsesektoren er Norges største kvinnearbeidsplass som leverer tjenester av stor betydning for kvinnehelse og der pårørende, som også i stor grad er kvinner, forventes å ta et større ansvar

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Norsk sykepleierforbund

Fagforbundet

Fagforbundet har også sendt inn en omfattende høringsuttalelse der det heter innledningsvis:
Fagforbundet mener de viktigste løsningene på mangelen på kvalifisert helsepersonell, i tillegg til å rekruttere bedre, er å holde på og utnytte og utvikle kompetansen hos de som allerede er i tjenestene. Oppgavedeling, heltidskultur, styrking av arbeid med HMS og arbeidsmiljø, mer strategisk kompetanseplanlegging og satsing på etter- og videreutdanning er viktige stikkord.

Andre punkter er:

- Helsepersonellkommisjonen legger til grunn at den samlede sysselsettingen i helsesektoren ikke skal overstige 15 prosent av arbeidsstyrken. Det er vanskelig å vite om det vil, eller ikke vil, være rom for at en større del av arbeidsstyrken kan være sysselsatt i helsesektoren.
- Om fremtidig sykehusstruktur skriver de: Vi kan ikke akseptere at gravide og fødende i distriktene skal utsette seg selv, og deres barn, for betydelig større risiko enn de som er bosatt i byene. Vi trenger derfor fødeavdelinger med god nok kompetanse også ute i distriktene.
- God oppgavedeling krever at man tar med alle de ansatte i vurderingen av hvem som skal gjøre hva, også yrkesgrupper som f.eks renholdere må med i vurderingene.
- Et av Helsepersonellkommisjonens viktigste forslag er å sette i gang et systematisk og forpliktendende kvalitetsutviklingsprogram som skal fremme bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling. Programmet foreslåes å være en utvidelse av TØRN-prosjektet.
- Om årsaken til deltid drøfter ikke kommisjonen forskjellen i kvinners og menns arbeids- og familieliv.
- Kommisjonen problematiserer både sykefravær og uførhet/tidlig pensjonering, men det er ingen konkrete forslag til hva som skal til for å få helsepersonell til å stå lengre i jobbene sine.
- Fagforbundet støtter mindretallets dissens og er tydelige på at dagens ordning der partene gjennom avtale om gjennomsnittsberegning blir enige om turnusen, har fungert i svært mange år.
- Fagforbundet er i utgangspunktet skeptisk til å bruke egenandelssystemet for å «motivere» innbyggere til å ikke benytte såkalte «ikke-prioriterte» tjenester. Dette vil bidra til å skape et klasseskille i tilgangen til helsetjenester, som er nøyaktig det vårt offentlige helsevesen er laget for å unngå.
- Fagforbundet mener at det fortsatt er behov for mer kunnskap om sammenhenger som gjør at kvinner både har høyere sykefravær, blir oftere uføretrygdet og sammenhenger mellom familieliv, pårørenderollen og arbeidsdeltakelse.
- Strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell bør ta større hensyn til de særskilte forutsetningene for kvinners arbeidshelse.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Fagforbundet

Landsorganisasjonen i Norge

LO skriver innledningsvis:

- Helsepersonellkommisjonen mener at andelen sysselsatte i helse- og omsorgstjenesten ikke skal øke vesentlig utover dagens nivå, tjenestene sett under ett. En vesentlig begrunnelse for dette er at «Dersom dagens utvikling fortsetter, blir det stadig færre av de sysselsatte som arbeider i næringer som bidrar netto finansielt til fellesskapet, mens stadig flere blir sysselsatt i næringer som produserer velferdstjenester, og som dermed er netto forbrukere av fellesskapets samlede ressurser.» (….)
- LO er stiller seg undrende til en slik tilnærming. Det er ikke slik at virksomheter i privat sektor kun er bidragsytere til fellesskapet mens virksomheter i offentlig sektor er netto forbrukere av fellesskapets ressurser. (…) Det er heller ikke slik at det bør være kommisjonens antagelser om andre næringers framtidige behov for personell som kan være styrende for antall ansatte i offentlig helse og omsorgstjenester i framtiden.
- For LO er det de reelle helsetjeneste- og omsorgsbehov i befolkningen som må være utgangspunktet. Hvis det offentlige begrenser sine tilbud, vil det medføre økt etterspørsel etter private tjenester på dette området.

Av andre punkter nevnes:

- LO støtter at det bør settes ned et utvalg som skal se på organisering av helsetjenestene, men vil poengtere at utredningen ikke kun bør se på sammenslåing av nivå, men også på hvordan dette kan organiseres bedre med utgangspunkt i dagens nivådeling. LO vil advare mot å tro at en sammenslåing av nivåene i seg selv vil føre til bedre tjenester.
- Helsepersonellkommisjonen kunne med fordel drøftet hvordan private aktører i helse- og omsorgstjenesten vil kunne påvirke behovet for helsepersonell.
- Bruk av private aktører for å produsere offentlig finansierte helsetjenester vil uvilkårlig, som følge av profittmotivet, dreie perspektivet bort fra spørsmålet om helsehjelpen er nødvendig til et spørsmål om brukertilfredsstillelse, for ikke å si kundetilfredsstillelse.
- Antallet døgnplasser i psykiatrien er drastisk redusert over en lengre tidsperiode, uten at tilbudet i kommunene er tilfredsstillende utbygd. I de distriktspsykiatriske sentrene (DPS) meldes det om at behandlere får mindre tid og rom for tilstrekkelige inngående behandlinger som kan være virksomme grunnet bla. overdrevne krav til dokumentasjon, kontroll, rapportering, møter og generell funksjonærvirksomhet. Noe som også har medført en bevegelse av fagfolk over til privat praksis
- LO savner et sterkere fokus på sosial ulikhet i helse, Selv om de økonomiske ulikhetene er relativt sette lave her i landet, gjelder ikke dette for sosial ulikhet i helse.
- Fordi arbeidstidens lengde og organisering, når på døgnet den plasseres, og kompensasjon i lov- og avtaleverk, i stor grad styrer arbeidstakernes liv, er rett til medbestemmelse avgjørende.
- Vi vil advare mot en altfor stor grad av teknologioptimisme som fremkommer i Helsepersonellkommisjonens rapport. Helsetjenester dreier seg i stor grad om menneskelige relasjoner. Å tro at vi kan løse utfordringene gjennom betydelig lavere bruk av personell kan bli et blindspor.
- Helsesektoren er Norges største arbeidsplass for kvinner og vi savner et sterkere kjønnsperspektiv i kommisjonens rapport.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra LO

Pårørendealliansen

Til tross for aksept for kommisjonens hovedinnretning og konklusjoner reises det kritiske merknader til kommisjonens forslag om økt pårørendemedvirkning og angrep på rettigheter. De mener at Å overkjøre pårørendes rettigheter til et eget liv kan ikke settes til side for pasientrettigheter og en villet politikk hvor mer skal skje hjemme.

- De påpeker at kommisjonen synes ikke å ha brukt tilgjengelig forskningsmateriale og peker på behovet for en realitetsorientering til forventningene om at pårørende kan bidra mer. I den sammenheng vises det til konklusjonen i forskning gjennomført av Bodil Blix mfl i 2021: «Myndighetenes forventninger om opprettholdt eller økt innsats fra pårørende og frivillige er basert på sviktende demografiske forutsetninger. Den demografiske utviklingen bør være en tydeligere del av kunnskapsgrunnlaget for utformingen av fremtidens pårørende- og frivillighetspolitikk.»
- De påpeker ellers kjønnsperspektivet og advarer mot den nye kvinnefella
- Det forventes mer av hjemmebehandling og å bo lengst mulig hjemme. Dette er en statlig helsepolitikk som vil gi store besparelser, men deler av disse besparelsene må også bli til kompensasjonsordninger for de pårørende som stiller opp med omsorgsarbeid. Det kan ikke være en dugnad
- de ønsker en Opptrappingsplan for pårørendefeltet. Tiden er overmoden for handling for å ta vare på og legge til rette for at pårørende kan hjelpe sine nærmeste, uten å bli den neste pasienten eller uføre selv.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Pårørendealliansen

Løvemammaene

Løvemammaene skriver innledningsvis at rapportens «totale mangel på menneskeverd og menneskerettigheter er svært urovekkende. NOU'en bærer på ingen måte preg av et helt nødvendig barne- og familieperspektiv, der hovedmålet er ivaretakelse av barnets og familiens menneskerettigheter, retten til en trygg og god oppvekst, et familieliv og inkludering i nærmiljøet, nødvendige helse- og omsorgstjenester, og samtidig selvstendighet, frihet og samfunnsdeltakelse.»

De påpeker ellers at:

- mange kommuner ikke klarer å henge med på utviklingen, heve kompetansen og levere tjenester i tråd med både menneskers behov og faktiske rettigheter
- ufaglærte kan med opplæring, avlaste helsepersonell ved å gi hjelp organisert som BPA, og de mener at Helsepersonellkommisjonen har grunnløse påstander om at BPA beslaglegger helsepersonell
- kommisjonen virker rett og slett ikke å ha kunnskapen som trengs når det gjelder livene og virkeligheten til barn og unge med sammensatte og/eller alvorlige sykdommer, og deres familier
- denne NOU'en reflekterer mangelen på inkorporasjon av CRPD i den norske menneskerettsloven, at flere av forslagene til tiltak som legges frem er en legitimering av lovbrudd, segregering og en systematisk diskriminering og krenking av barn og barns rettigheter for å spare penger
- det finnes ingen forskning som støtter kommisjonens påstander om stordriftsfordeler, tvert imot viser forskning blant annet at sykefraværet er større, det er mer uro, mer støy, vanskeligere å oppnå gode resultater og større grad av ansvarsfraskrivelse i større enheter

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Løvemammaene

Pensjonistforbundet og SAKO

De bemerker innledningsvis: «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. Men konklusjonen om å ikke bygge ut kapasiteten i tråd med behovene fremover beror på sviktende faglig grunnlag og har, om den følges opp, alvorlige konsekvenser for befolkningens fremtidige velferd.»

- Pensjonistforbundet er ikke enig tolkningen av tallene som legges frem rundt antall eldre og antall yrkesaktive. Alle framskrivinger av befolkningssammensetningene er forbundet med usikkerhet. Usikkerheten øker dersom vi ser langt frem i tid.
- Er det en riktig vurdering at vi bruker for store ressurser på helse-og omsorg i Norge? Svaret er nei. Norges ressursbruk på helsetjenester er ikke urimelig stor i forhold til behovene som kal dekkes og inntektsgrunnlaget vi har.
- Pensjonistforbundet bekymrer seg for at parallelt med den kraftige veksten i behov 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. De er sterkt bekymret for konsekvensene dette har for kvaliteten på eldre pasienters helsetilbud.
- De er bekymret for at tjenestene blir dårligere dersom forsvarlighetsgrensen tøyes nedover. Det gjelder enten det skyldes mangel på penger eller mangel på kvalifisert personale.
- Når det gjelder digitalisering og teknologisk utvikling påpeker Pensjonistforbundet behovet for opplæring av den eldre befolkningen. Skal de eldre kunne nyttiggjøre seg teknologien, er det viktig å ufarliggjøre og venne seg til digitale løsninger. Omlag 600.000 voksne har liten eller ingen digital kompetanse, halvparten av disse er eldre.

Scan QR-koden for å lese hele uttalelsen
Høringssvar fra Pensjonistforbundet

Framtidens helse- og omsorgstjenester

Motmelding til *NOU 2023: 4 Tid for handling*; kritiske merknader og nye analyser av premissene i innstillingen fra Helsepersonellkommisjonen