

Vedlegg sak 08/23 – Dokumentsamling

1. Om Helsepersonellkommisjonen – mandat og sammensetning
2. Helsepersonellkommisjonen – innspill til arbeidet fra Helse Nord
3. Helsepersonellkommisjonen – Små kommuner vekker bekymring; artikkel Dagens medisin, 28.08.2022
4. Kommentar – Den stille krisa kan ikke fortsette stort lengere; kommentar Aftenposten, 16.01.2023
5. Om Avkommersialiseringsutvalget – mandat og sammensetning



Helsepersonellkommisjonen

Styre/råd/utvalg | Helse- og omsorgsdepartementet

(<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>)

Et av regjeringens viktigste mål er å sikre nok fagfolk med riktig kompetanse i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonellkommisjonen skal bidra til dette. Representanter fra arbeidstakere, arbeidsgivere, spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren er med i arbeidet.

Helsepersonellkommisjonen ble etablert av Kongen i statsråd den 17. desember 2021. Kommisjonen består av 16 medlemmer og er ledet av Gunnar Bovim.

Formålet er å etablere et kunnskapsgrunnlag og foreslå treffsikre tiltak i årene framover for å utdanne, rekruttere, og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjeneste i hele landet for å møte utfordringene i helse- og omsorgstjenestene på kort og lang sikt.

[Helsepersonellkommisjonen](https://nettsteder.regjeringen.no/helsepersonellkommisjonen/) (<https://nettsteder.regjeringen.no/helsepersonellkommisjonen/>)

skal legge frem sin utredning (NOU) innen 1. februar 2023.

1. Gunnar Bovim, professor, Trondheim (leder)
2. Anne Turid Wikdahl, utviklingsdirektør, Bærum
3. Magne Nicolaisen, kommunaldirektør, Tromsø
4. Kristin Kornelia Utne, lege i spesialisering, Oslo
5. Iren Mari Luther, leder, Oslo
6. Torbjørn Solberg, forbundsstyremedlem, Bodø

7. Rebwar Salar Nori Saleh, farmasøyt, Oslo
8. Lizzie Irene Ruud Thorkildsen, forbundsleder, Drammen
9. Magne Wang Fredriksen, generalsekretær, Holmestrand
10. Marit Karlsen, lege, Kautokeino
11. Lisbeth Sommervoll, administrerende direktør, Tønsberg
12. Ellen Margrethe Hoxmark, leder, Trondheim
13. Vegard Iversen, fylkesdirektør, Steinkjer
14. Anne-Grethe Naustdal, prorektor, Sunnfjord
15. Olav Helge Førde, professor emeritus, Tromsø
16. Morten Dæhlen, professor, Tønsberg

Helse- og omsorgsdepartementet

TEMA

Helse og omsorg



Regjeringen.no

Ansvarlig for [Helse- og omsorgsdepartementets sider](#):

MANDAT FOR HELSEPERSONELLKOMMISJONEN

Innledning

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.

Demografiutviklingen gjør at flere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester framover. Samtidig vil det økonomiske handlingsrommet bli redusert når inntektene fra olje- og gassindustrien går ned. Relativt sett færre personer i yrkesaktiv alder vil begrense tilgangen på arbeidskraft framover. Dette vil sette helse- og omsorgstjenestene under press, og utfordre den framtidige bærekraften i tjenestene. Planer for bruk av personellet må ses i lys av blant annet utvikling i sykdomsbyrden, demografi og nødvendig utvikling av koordinerte og sammenhengende tjenester. De må også være i tråd med prinsippet om beste effektive omsorgsnivå og behovet for robuste kommunale tjenester tilpasset de ulike lokale utfordringene.

Personellet, som inkluderer alle personellgrupper som arbeider i helse- og omsorgstjenestene, er den viktigste ressursen for å gi befolkningen i hele landet tilgang til trygge og gode tjenester. Gode strukturelle løsninger for å utdanne, rekruttere og beholde personell er viktig for tilgang til nok kvalifisert personell i hele landet.

Bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av at personellens tid benyttes ressurseffektivt. Arbeidsmiljø, arbeidsvilkår, ansettelsesforhold, kompetanse- og utviklingsmuligheter er blant de faktorene som er viktige for at sektoren skal fortsette å være attraktiv og beholde sine ansatte. Behovet for personell med kompetanse på samisk språk- og kulturkompetanse skal inngå i arbeidet.

Norge skårer relativt høyt på undersøkelser om kvalitet i helse- og omsorgstjenester, og blant annet har vi flere leger og sykepleiere per innbygger enn i sammenlignbare land. Samtidig er det mangel på personell i deler av helse- og omsorgstjenesten, og tjenestene er derfor avhengig av utenlandsk arbeidskraft. Utfordringene framover vil bli særlig store i distriktene. Flere steder er det allerede utfordringer med å rekruttere kvalifisert personell, blant annet på grunn av lange avstander til utdanningsinstitusjoner og små fagmiljøer. Ansatte med mye realkompetanse uten formell utdanning er viktige i helse- og omsorgstjenestene, og vi har uutnyttet arbeidskraft hos personell med utdanning fra utlandet.

Et bredt kunnskapsgrunnlag er fundamentet for å kunne iverksette tiltak for å utvikle en framtidsrettet felles helse- og omsorgstjeneste i hele landet. Hvordan systemene i og mellom ulike sektorer er tilrettelagt for å identifisere behov, hvordan samhandlingen er mellom utdanningssektoren (videregående skole, fagskoler, universiteter og høyskoler), kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten for å utdanne, rekruttere og beholde personell er sentralt. Det samme gjelder for hvordan de som arbeider i tjenestene ivaretas og gis muligheter for utvikling.

Innovasjon, forskning, fagutvikling, digitalisering og ny teknologi gir nye muligheter både for utdanning av personell og for å gi folk helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Utviklingen endrer kompetansebehov, arbeidsformer, sammensetningen av ulike typer personellgrupper, oppgavedelingen og samarbeidet mellom personellgruppene. Tilstrekkelig kapasitet og behovet for høy kvalitet i helse- og omsorgstjenestene framover vil få konsekvenser for rekruttering og kompetanseutvikling for personellet, herunder godkjenningsordningene, og for innhold i og dimensjonering av utdanningene.

Kommisjonen skal:

- 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)).
- Vurdere hvordan innovasjon blant annet gjennom digitalisering, teknologi og nye arbeidsformer kan påvirke det framtidige personellbehovet og bidra til bærekraft, og hva som skal til for at disse mulighetene blir tatt i bruk i hele landet. Herunder skal vurdering av nye måter å yte tjenester inngå, der pasienter og brukere i større grad kan delta i behandling og oppfølging av egen helse.
- Gjøre rede for hvordan teamarbeid, organisering av oppgaver og ansvar mellom ulike personellgrupper, herunder bruk av støttepersonell, påvirker det framtidige behovet for kompetanse og personell. Samhandlingen innenfor og mellom de ulike delene av helse- og omsorgssektoren og strukturelle hindringer for effektiv ressursbruk skal inngå i vurderingene.
- Identifisere rekrutteringsutfordringer i ulike deler av landet, og årsaker til dette. Behovet for en jevnere kjønnsfordeling blant personell skal inngå i arbeidet. Det skal gjøres rede for årsaker til og bruk av deltid innenfor de ulike profesjonene, herunder i hvilken grad deltid er frivillig eller ufrivillig. Det skal pekes på strukturelle endringer som kan redusere deltidsbruken.
- Frafall i tjenestene skal kartlegges, og det skal vurderes hvordan ubenyttet arbeidskraft kan kvalifiseres og mobiliseres
- Det skal pekes på løsninger som kan bidra til bedre samsvar mellom behov for kompetanse og kapasiteten og innholdet i utdanningene. Dette skal gjøres både for utdanningene internt i tjenestene og utdanningene i samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og utdanningssektoren. Det skal også identifiseres behov og virkemidler for kompetanseutvikling.
- Kommisjonen skal utrede og vurdere variasjoner i utfordringer og løsninger mellom byregioner og områder med lavt folketall og lange avstander til regionale sentra.

Kommisjonen skal ikke drøfte eller komme med forslag knyttet til en videre praktisering av frontfagmodellen.

I arbeidet skal kommisjonen benytte seg av både nasjonal og internasjonal kunnskap innen feltet. Det skal legges til grunn realistiske forutsetninger om framtidige økonomiske rammer for kommuner, regionale helseforetak og universitets- og høyskolesektoren og framtidig tilgang på arbeidskraft.

Kommisjonen skal legge fram sin utredning (NOU) innen 1. februar 2023.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Utvalgets utredning skal følge kravene i utredningsinstruksen, herunder vurdere økonomiske, administrative og andre vesentlige konsekvenser av utvalgets forslag. Det vises i denne sammenheng til veiledning om dette gitt i «Utvalgsarbeid i staten», Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2019.

Utvalgets budsjett vil bli fastsatt særskilt. Om godtgjøring gjelder de til enhver tid gjeldende bestemmelsene i Statens personalhåndbok om godtgjøring mv. til leder, medlemmer og sekretærer i utvalg.

Helsepersonellkommisjonen

Deres ref:

Vår ref:
2022/375-6/

Saksbehandler
Halvor Hygen/

Dato:
Bodø, 03.10.2022

Helsepersonellkommisjonen - innspill fra Helse Nord RHF

Helse Nord RHF viser til møte 22. mars og forespørsel datert 4. august.

Under følger vårt innspill til Helsepersonellkommisjonens arbeid.

Første del omhandler innleie, turnover og bemanningsutviklingen i Helse Nord. Vi har valgt å fokusere på leger og sykepleiere som utgjør de to største personellgruppene i sykehusene. I tillegg ser vi på utviklingen i administrativt ansatte.

I andre del peker vi på viktige tiltaksområder for å sikre likeverdige helsetjenester og bedre ressursutnyttelse frem mot 2040.

Eventuelle spørsmål til innspillet kan rettes til spesialrådgiver Halvor Hygen.

Vennlig hilsen

Anita Mentzoni-Einarsen
HR-direktør

Halvor Hygen
Spesialrådgiver

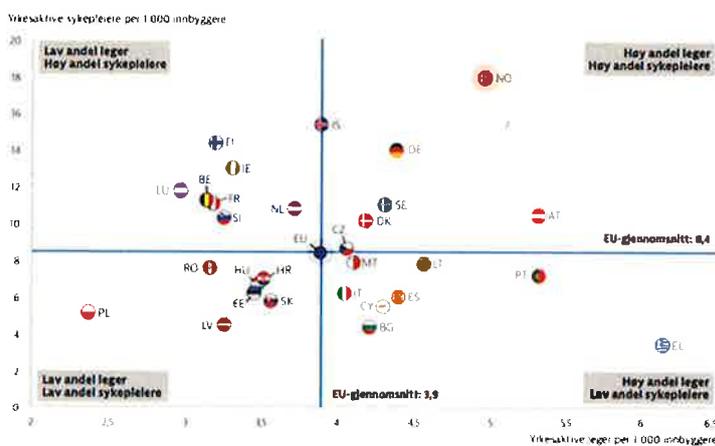
Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

1. Innleie, turnover og bemanningsutvikling i Helse Nord

Denne første delen er et innspill til følgende punkt i kommisjonens mandat:

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)).

Norge har et av verdens beste helsetjenestetilbud. En viktig forklaring er at vi bruker mye ressurser på helsetjenestene våre sammenlignet med andre land. Vi har flere leger og sykepleiere pr. innbygger enn noen annet OECD-land, som vist i figuren under.

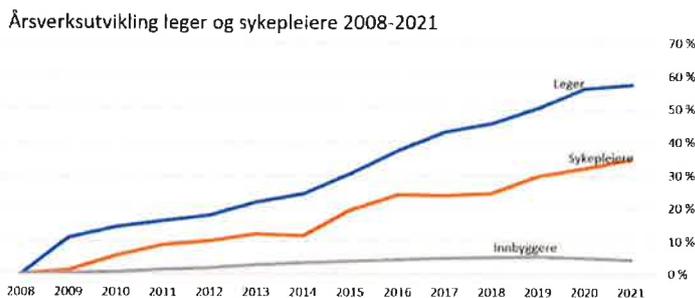


Figur 1 Norge er blant de land med høyest antall helsepersonell (Kilde: OECD 2021)

Andelen leger og sykepleiere er høy og etterspørselen er økende i Helse Nord. Dette er en utvikling vi har sett over lengre tid.

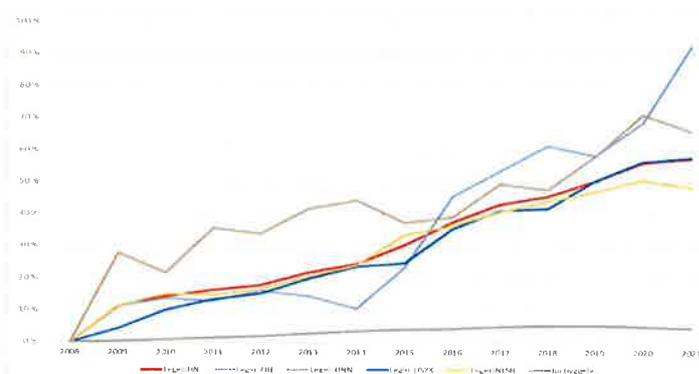
1.1. Faste årsverk

Faste legeårsverk økte i perioden 2008-2021 med 58 % og faste sykepleierårsverk med 35 %. I samme periode økte befolkningen i Nord-Norge med 4 %. I absolutte tall er økningen på 665 faste legeårsverk og 1160 faste sykepleierårsverk. Andelen legeårsverk økte fra 2,5 til 3,8 og sykepleierårsverk fra 7,2 til 9,3 pr. 1000 innbygger.



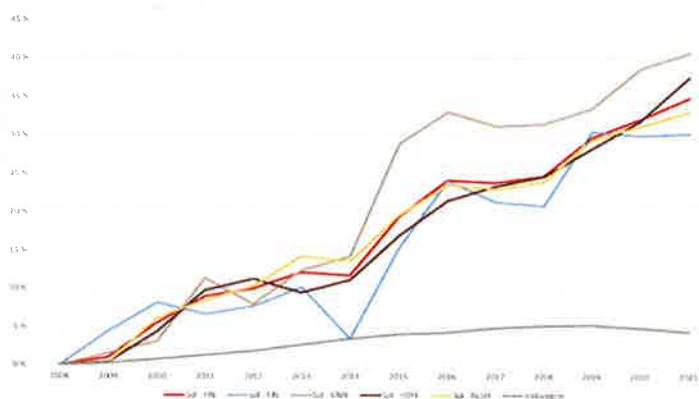
Figur 2 Årsverk- og befolkningsutvikling i Helse Nord 2008-2021. Figuren viser faste årsverk (Kilde: SSB 2022)

Økningen i legeårsverk varierer fra 49 - 93 % mellom foretakene. Økningen har vært høyest ved Finnmarkssykehuset og lavest på UNN.



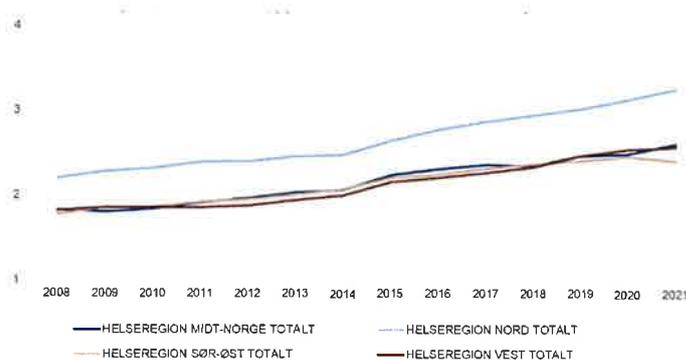
Figur 3 Årsverk- og befolkningsutvikling i Helse Nord 2008-2021. Figuren viser faste årsverk for leger (Kilde: SSB 2022)

Det er mindre variasjon på sykepleiersiden som ligger i intervallet 30 - 41 %. Her har Helgelandssykehuset den høyeste og Finnmarkssykehuset den laveste prosentvise økningen.

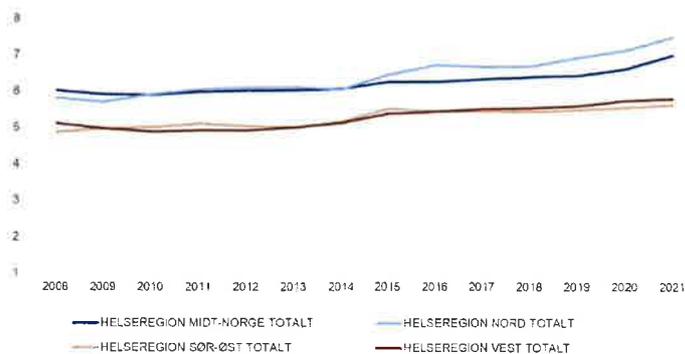


Figur 4 Årsverk- og befolkningsutvikling i Helse Nord 2008-2021. Figuren viser faste årsverk for sykepleiere (Kilde: SSB 2022)

Denne økningen er ikke unik for Helse Nord. Antall lege- og sykepleierårsverk øker over hele landet. Figurene under viser utviklingen innenfor det somatiske tjenesteområdet. Som man ser har det blitt langt flere leger og sykepleiere pr. innbygger i alle helseregionene de siste årene, men økningen har størst i Helse Nord.



Figur 5 Antall faste legeårsverk pr tusen innbygger i somatikk 2008-2021. (Kilde: SSB 2022)



Figur 6 Antall faste sykepleierårsverk pr tusen innbygger i somatikk 2008-2021. (Kilde: SSBB 2022)

1.2. Variable årsverk

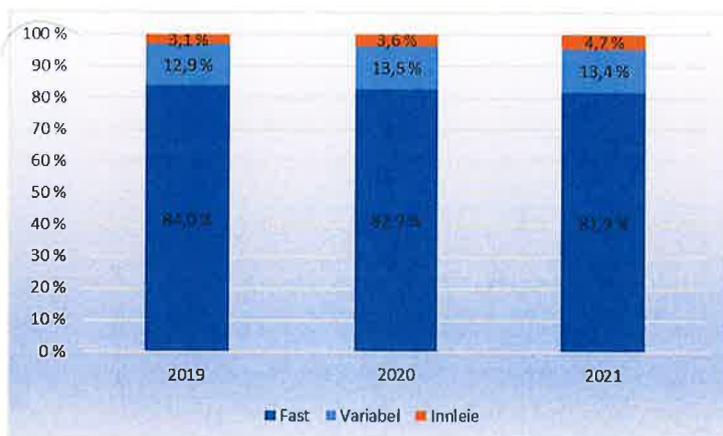
Variable årsverk øker også og kommer på toppen av økningen i faste årsverk. Totalt antall månedsverk i foretaksgruppen var 8,5 % høyere i perioden januar-august 2022 sammenlignet med samme periode i 2019. Faste månedsverk økte med 8 %, mens de variable økte med 14 %. For leger var økningen i faste legemånedsverk i denne perioden på 7 %, mens variable månedsverk økte med hele 55 %.

Stillingsgrupper	År 2019			2022			Endring			%			TOT.
	Faste mvrk	Var mvrk	UTA mvrk	Faste mvrk	Var mvrk	UTA mvrk	Faste mvrk	Var mvrk	UTA mvrk	Faste mvrk	Var mvrk	UTA mvrk	
01. Adm. og ledere	2 541	59	3	2 809	75	5	268	16	2	11 %	27 %	62 %	11,0 %
02. Pasientrettede stillinger	1 481	284		1 550	282		79	2		5 %	-1 %		4,4 %
03. Leger	1 619	101	139	1 733	156	151	114	55	12	7 %	55 %	8 %	3,7 %
04. Psykiatrer	375	3		425	3		51	0		14 %	-13 %		13,4 %
05. Sykepleiere	3 751	428		3 965	458		214	29		6 %	7 %		5,8 %
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	421	82		448	97		27	16		6 %	19 %		8,4 %
07. Diagnostisk personell	630	36		651	40		21	4		3 %	11 %		3,9 %
08. Apotekstillinger	111	1		141	2		30	2		27 %	125 %		28,0 %
09. Drifts/teknisk personell	906	157		877	172		69	15		8 %	10 %		8,8 %
10. Ambulansepersonell	684	203		760	232		76	29		11 %	14 %		11,9 %
11. Forskning/utdanning	228	102	1	279	137	2	50	35	0	22 %	35 %	14 %	26,0 %
Totalsum	12 660	1 456	144	13 650	1 665	158	1 000	199	14	8 %	14 %	10 %	8,5 %

Tabell 1 Faste og variable månedsverk i Helse Nord i perioden januar-august i 2022 mot samme periode i 2019

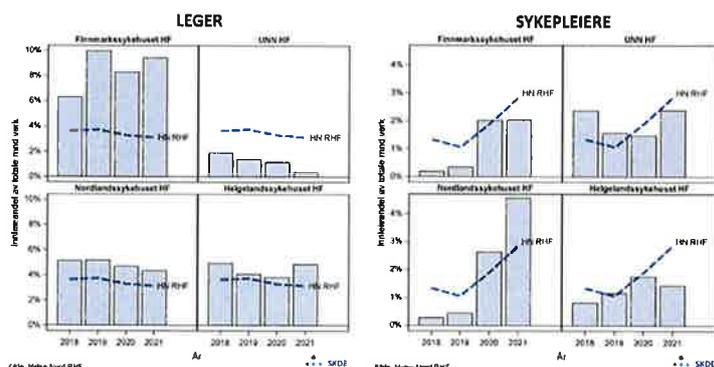
1.3. Innleie

Innleide årsverk har økt mer enn de faste de siste tre årene. Som figuren under viser utgjorde variable og innleide årsverk 16 % av det totale årsverksforbruket i 2019. I 2021 var andelen økt til 18,1 %. Andelen innleide årsverk økte fra 3,1 % til 4,7 %.



Figur 5 Andel faste, variable og innleide årsverk i Helse Nord 2019-2021

Analyser gjort av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) viser den prosentvise andelen innleie relativt til det totale månedsverksforbruket av leger og sykepleiere i Helse Nord for perioden 2018-2021.

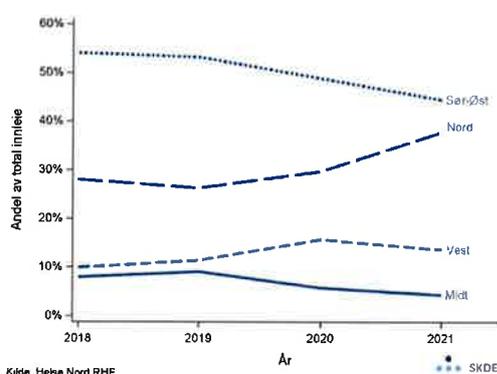


Figur 6 Andel innleie pr. år relativt til totale månedsverk (faste+innleide) i sykehusforetakene - leger og sykepleiere

De stiplede linjene i figuren over viser gjennomsnittet i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har over tid hatt høyeste relative andelen innleie av leger i regionen. Nordlandssykehuset har tidligere hatt lav andel innleie av sykepleiere, men dette har økt kraftig i 2020 og 2021.

Andel innleie (innleietimer) sett i forhold til egne ansatte (sum arbeidede timer) er mer enn fordoblet når det gjelder sykepleiere i perioden 2019-2021. Andelen har økt fra 1,0 til 2,8 %, men vi ser at trenden har snudd i første halvdel av 2022. For legegruppen utgjorde innleie 3,7 % i 2019, og har blitt redusert til 3,0 % i 2021. Trenden er nedadgående. Se mer detaljer i vedlagte tabeller.

I sum står Helse Nord nå for omlag 40 % av all innleid arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten.



Figur 7 Helseregionenes andel av total innleid arbeidskraft i spesialisthelsetjenesten 2018 - 2021

1.4. Turnover

Ekstern turnover har økt i Helse Nord de siste 5 årene og lå på 5,6 % i 2021. Blant sykehusforetakene har Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset lavere turnover enn snittet, henholdsvis 4,9 og 5,4 %. UNN hadde en ekstern turnover i 2021 på 5,7 %. Finnmarkssykehuset skiller seg klart ut med 7,2 % ekstern turnover dette året. Foretaket har også hatt høyeste ekstern turnover over tid.

Høyeste eksterne turnover finner vi i disse yrkesgruppene: Psykologer, leger i spesialisering, utvalgte pasientrettede stillinger, merkantile stillinger, helsefagarbeidere, renholds- og kjøkkenpersonell.

Ved Finnmarkssykehuset er den eksterne turnoveren høy også blant sykepleiere, med 7,5 % i snitt de siste 5 årene. Se mer i vedlagte tabeller.

1.5. Administrativt ansatte

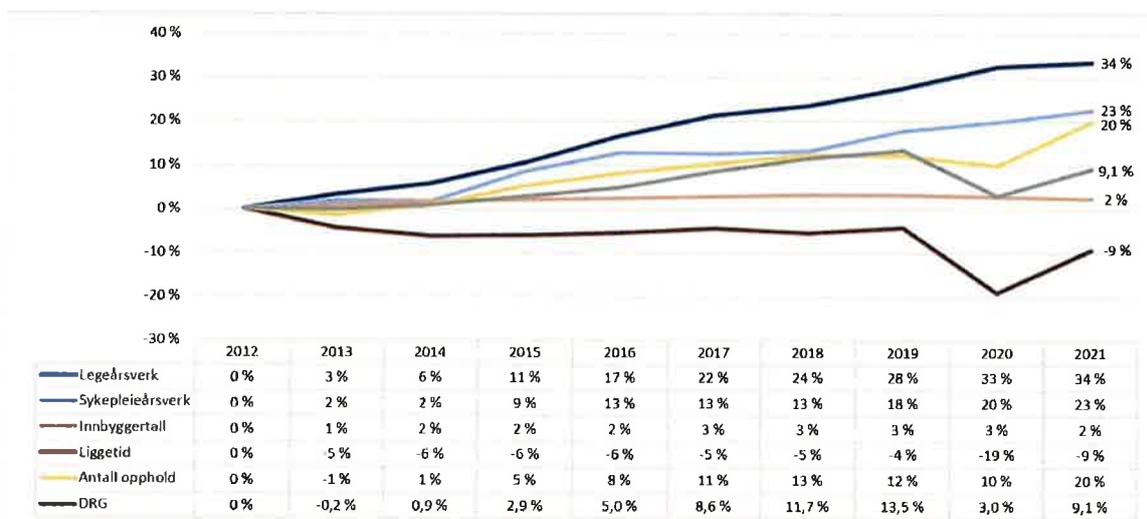
I Helse Nord er utviklingen av antall administrativt ansatte på samme nivå som utviklingen av legeårsverk, ref. figur 3. Veksten innenfor IKT-sektoren utgjør 2-3 % poeng av veksten for «Administrasjon, ledelse og kontorpersoneell», kilde: SSB.

Under pandemien har utviklingen vært tilsvarende hvor legeårsverk har økt med 9,8 % fra 2019-2022, administrativt personell 8,9 % (eksklusiv Helse Nord IKT, Helse Nord RHF og Sykehusapotek Nord) og sykepleiere 5,8 %. I 2019 og 2022 var det henholdsvis 2.200 og 2.396 årsverk knyttet til administrativt personell. Helse Nord har dessverre ingen systemstøtte med informasjon om utdanningen til våre ansatte.

1.6. Er dette en ønsket utvikling?

Helse Nord har økt ressursinnsatsen betydelig på personellområdet de senere årene. Mye av veksten i lege- og sykepleierårsverk skyldes nye eller utvidede behandlingstilbud, lovpålagte oppgaver og en aldrende befolkning, men dette forklarer likevel ikke alt. Det kommer tydelig frem dersom man inkluderer aktivitetsdata.

Vi har komplette data for aktiviteten innen somatikk og psykisk helsevern tilbake til 2012. Figuren under viser utviklingen i faste lege- og sykepleierårsverk, befolkning og aktivitet i Helse Nord de siste 10 årene.



Figur 3 Årsverk-, befolkning- og aktivitetsutvikling i Helse Nord 2012-2021. Figuren viser faste årsverk. (Kilder: SSB og NPR 2022)

Faste legeårsverk økte med 34 % og sykepleierårsverk med 23 % fra 2012 til 2021. I samme periode gikk liggetiden ned med 9 %, mens antall opphold og DRG poeng økte med hhv. 20% og 9,1 %. Så må man ta høyde for at pandemien forkludrer bildet, det vises tydeligst i tallene for 2020.

I utgangspunktet skulle man forvente at flere leger og sykepleiere førte til økt aktivitet, men fullt så enkelt er det altså ikke. Aktiviteten har økt de siste 10 årene, men bemanningen øker relativt mer.

Det er en rekke ulike drivere som ligger bak disse tallene. Vi vet f.eks. at redusert ukentlig arbeidstid og kortere vakter har ført til behov for flere legeårsverk i regionen.

Vi må også ta høyde for at den sikkerhetspolitiske situasjonen forsterker behovet for robust tilstedeværelse i nord. Forsvaret er tydelig på at det finnes kun ett helsevesen i Norge som må benyttes i hele krisespekteret. Derfor vil det sivil-militære samarbeidet og totalforsvaret være viktige satsingsområder, hvor personell og andre kapasiteter må samordnes.

Helse Nord vil gjøre en mer detaljert analyse av årsverksutviklingen sett opp mot pasientgrunnlag og aktivitet i forbindelse med *Regional plan for omstillingsarbeidet i Helse Nord*, og i prosjekt *GODT planlagt*. Det som er helt sikkert er at vi ikke kan fortsette å øke bemanningen i samme takt som tidligere, det vil ikke være bærekraftig stort lengre.

1.7. Kanarifuglen i gruva - en mer bærekraftig bemanningsutvikling

Dagens spesialisthelsetjeneste kjennetegnes av høye krav til kompetanse og spesialisering i en desentralisert struktur. Målet om fagfolk i verdensklasse fordelt over hele landet skaper en etterspørsel som ofte overgår tilgangen. Det blir stadig vanskeligere å fylle alle stillingene for spesialsykepleiere og legespesialister i Helse Nord. Flere tar likevel til orde for at sykehusene må øke grunnbemanningen ytterligere. Innvendingen er at dersom man fortsetter i samme spor vil helsetjenesten på sikt beslaglegge en tredjedel av arbeidsstyrken.

Tilgangen på kvalifisert helsepersonell er knapp og mulighetene for fortsatt bemanningsvekst begrenset. Disse begrensningene kommer raskere til syne i nord fordi de demografiske endringene rammer hardere. Store avstander, synkende folketall, synkende andel av befolkningen og bevilgningene er særegent for regionen.

Den mest effektive måten å øke tilgangen på helsepersonell på er å utdanne flere. Helse Nord utdanner allerede omlag 20 % av legene og 14 % av sykepleierne i Norge. Vi har økt utdanningskapasiteten for leger og sykepleiere med 30-40 % de siste fire årene. Med det har vi tatt ut mesteparten av potensialet i regionen, bl.a. gjennom økt desentralisering og digitalisering av utdanningene. Mulighetene for ytterligere økninger er svært begrenset.

Nord-Norge kan ikke basere seg på å rekruttere mer helsepersonell utenfra heller, tvert imot må landsdelen påregne betydelig lekkasje. Flytting er hyppigste årsak til at helsepersonell slutter, og helsetjenesten i Nord-Norge er særlig utsatt for dette fenomenet. Det spesielt de unge som velger jobb i andre regioner.

Veksten i bemanning er i hovedsak drevet frem av nye og utvidede behandlingstilbud som kommer pasientene til gode. Det er en politisk ønsket utvikling, men Helse Nord vil aldri klare å få bukt med rekrutteringsutfordringene dersom ikke bemanningsveksten bremses. Den veksten vi har sett de siste årene er heller ikke mulig innenfor rammene

av økonomisk bærekraft. I tillegg kommer utdanningskapasiteten i regionen under stadig større press.

Helse Nord er som kanarifuglen i gruva. Nå er vi kommet til et punkt hvor det ikke lenger er mulig å basere driften på stadig økende personellressurser. Alternativet til å utdanne og ansette flere er å anvende personellet man har smartere.

2. Tiltaksområder

I første del av dette innspillet argumenterer vi for at bemanningsveksten nå må reduseres for at systemet skal komme i balanse. Det vil i så fall innebære betydelige endringer i måten vi organiserer og driver tjenesten på.

Helse Nords visjon er *Sammen om helse i nord*¹. Sykehusene må samarbeide mer med hverandre, og vi må samarbeide mer mellom sektorene i landsdelen. Spesialisthelsetjenesten, statsforvalteren, kommunesektoren, og Forsvaret kan sammen finne løsninger som ingen klarer alene. Noen funksjoner må samles for å bygge robuste fagmiljø. Vi må organisere oss på nye måter og ta i bruk ny teknologi for at befolkningen skal oppleve en sammenhengende helsetjeneste.

En av hovedutfordringen vi står foran frem mot 2040 vil være å øke produktiviteten og anvende den samlede kompetansen smartere. Noen oppfatter det som at helsepersonell skal løpe raskere, men det er ikke det produktivitetsvekst handler om. Produktivitetsvekst handler om å sikre bærekraftige arbeidsplaner, unngå dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse til rett oppgave og ta i bruk utstyr som gjør at arbeidsoppgavene løses mer effektivt.

Det planlagte prosjektet *GODT-planlagt* er en viktig satsning i Helse Nord for å øke pasientens tilgang til rett behandler til rett tid. Ideen er at mer kapasitet kan frigjøres ved å unngå dobbeltarbeid, sikre rett kompetanse til rett oppgave og ved å ta i bruk og koble digitale støttesystemer slik at både planlegging og gjennomføring av arbeidsoppgavene kan løses mer effektivt. Driverne her er lagspill på tvers av ulike yrkesgrupper, innovasjon, digitalisering, teknologi og nye arbeidsformer.

Prosjektet understøtter også anbefalingene om bedre planlegging og styring av personellens arbeidstid, ref. Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene². Med bedre planlegging kan vi gjøre dagene mer forutsigbare for både pasienter og ansatte, og dermed utnytte ressursene bedre.

2.1. Sju tiltaksområder for bedre ressursutnyttelse

Under har vi samlet viktige tiltaksområder for bedre ressursutnyttelse. Disse inkluderer:

- 1) Strategisk kompetanseplanlegging satt i system
- 2) Ta tiden tilbake og få mer tid til pasientrettet arbeid
- 3) En ny tilnærming til arbeidstid og turnuser
- 4) Sett fart på mulighetene som ligger i den digitale utviklingen
- 5) Utdanne og beholde helsepersonell der de trengs
- 6) Mer aktive pasienter
- 7) Og ingen sto igjen - inkluderende og attraktive arbeidsplasser

¹ Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

² Riksrevisjonen (2018-2019) *Undersøkelse av helseforetakenes bruk av legeressursene*

2.1.1. Strategisk kompetanseplanlegging satt i system

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2020) viste at mange ledere ikke gjennomfører en systematisk evaluering av grunnbemanningen. Det er viktig for eventuelt å kunne justere bemanningsplanene.

Vi vil styrke arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging for å løse framtidens behov for bemanning og kompetanse. Ledere på alle nivå må ha god oversikt over fremtidige behov for kompetanse på kort, mellomlang og lang sikt. Vi skal innarbeidet felles metodikk for framskrivning av behovet i foretaksgruppen kommende tiår med oppdatering hvert 5. år. Vi skal også ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov i samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene.

Vi jobber i tillegg med å få bedre oversikt over sårbare fagmiljø for å sikre rekruttering og stabilisering av personell. Dette gjelder i all hovedsak høyspesialiserte grupper, dvs. legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere (ABIOKJ).

Selv om vi utdanner en høy andel av legene har vi flere sårbare legespesialiteter. Antall LIS1-stillinger og utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (ALIS) er nylig vurdert og tilpasset behovene. Helse Nord RHF har gitt sykehusforetakene oppdrag om å tilby øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i samsvar med regional opptrappingsplan for perioden 2022-2026. Vi skal også kartlegge utdanningskapasitet for LIS 2 og 3 begynne utprøving av koblede LIS1-stillinger. Langsiktig framskrivning, planlegging og styring av spesialistutdanningen i foretaksgruppen skal videreutvikles og harmoniseres.

2.1.2. Ta tiden tilbake og få mer tid til pasientrettet arbeid

Det blir stadig viktigere å bruke ansattes kompetanse riktig. Det forutsetter riktig oppgavedeling og organisering slik at helsepersonell bruker mer tid til pasientene og mindre tid til administrative oppgaver.

Den samlede kompetansen må utnyttes bedre gjennom å fordele arbeidsoppgavene på flere yrkesgrupper, mer fornuftig bruk av nøkkelkompetanse og mobilisering av ubenyttet kompetanse. Dette vil frigjøre mer tid til pasientrettet arbeid, styrke det tverrfaglige samarbeidet og bidra til økt arbeidsglede, motivasjon og rekruttering. Vi vil fortsette den særskilte satsningen for å styrke fagarbeidernes rolle i sykehusene.

På sykepleiersiden gjorde vi nylig en framskrivning av behovet for intensivsykepleiere. Avdelingene er ulikt organiserte og har noe ulikt tilbud, potensialet vil derfor variere mellom intensivavdelingene i Helse Nord. Men det er enighet om at bruk av annet klinisk personell, teknologi og bedre utnyttelse av areal kan bidra til å redusere behovet for intensivsykepleiere i framtiden. Oppgavedeling der intensivsykepleieren flytter over oppgaver til andre yrkesgrupper kan virke stabiliserende og gi økt jobbtilfredshet. Fysioterapeut, portør, assistent, farmasøyt, apotektekniker, helsefagarbeider, sosionom, prest og merkantilt personell kan løse flere av oppgavene som intensivsykepleiere ivaretar nå. Dette kan både redusere behovet for intensivsykepleiere, men også legge til rette for at intensivsykepleierne får brukt sin spesialkompetanse i større grad.

Tre konkrete tiltak for å ta tiden tilbake er å innføre avansert oppgaveplanlegging (ref. prosjekt *GODT planlagt*), forenkle og redusere arbeidsprosesser som gir liten verdi for klinisk personell og øke innføringstakten av nye modeller for oppgavedeling mellom yrkesgruppene. Nordlandssykehusets satsning på oppgavedeling mellom helsefagarbeidere og sykepleiere er ett eksempel på hva som er mulig³.

I tillegg til oppgaveglidning er det viktig at det arbeides med å begrense rapportering, redusere logistikkutfordringer og innføre IKT-systemer som bedre understøtter kliniske behov.

2.1.3. Ny tilnærming til arbeidstid og turnuser

Dagens arbeidstidsordning, høyt sykefravær og varierende arbeidsmengde skaper et behov for deltidsstillinger og innleie av helsepersonell. Vi sliter med å nå målsettingene om heltid og reduksjon av innleie selv om en rekke tiltak er prøvd. Vi må nå prøve nye veier for å lykkes, og da kommer vi ikke utenom arbeidstid og turnuser. Den mest vanlige arbeidstidsordningen vi har står i veien.

Forskningsstiftelsen Fafo har publisert to rapporter om deltid/heltid som belyser dette⁴⁵. Konklusjonen er den samme. Dersom heltid skal bli normalen, kan man ikke holde på den tradisjonelle turnusen med 7-8-timersvakter og jobbing hver tredje helg.

For å få flere fulle stillinger, uten å bemanne opp så mye at kostnadene blir for store, må de ansatte enten jobbe lengre vakter og/eller oftere helg. Så må dette gjøres på en klok måte som ikke skaper andre utfordringer. Både arbeidstid- og arbeidsmengde er årsaker til at helsepersonell velger å slutte. Stor arbeidsbelastning kan oppleves som krevende, fordi den enkelte ikke får levert den kvaliteten de ønsker, og at det er både fysisk og psykisk krevende å stå i jobben.

2.1.4. Sett fart på mulighetene som ligger i den digitale utviklingen

Digitalisering av helsetjenesten gir oss nye muligheter til å løse store oppgaver på en effektiv måte. Dette handler ikke bare om å innføre nye digitale verktøy, men først og fremst om å endre organisasjonen og måten vi jobber på for å kunne hente gevinster i kvalitet og effektivitet av den digitale utviklingen.

Innovasjon, forskning, fagutvikling, digitalisering og ny teknologi gir nye muligheter både for utdanning av personell og for å gi folk helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvor i landet de bor. Utviklingen endrer kompetansebehov, arbeidsformer, sammensetningen av ulike typer personellgrupper, oppgavedelingen og samarbeidet mellom personellgruppene.

Den nye utdanningen i digitale helsetjenester på Helgeland⁶ imøtekommer disse endringsbehovene. Masterprogrammet i regi av UiT Norges arktiske universitet etableres i første omgang på Helgeland med oppstart høsten 2022, men vil etterhvert kunne utvides til flere deler av Nord-Norge. Det skal gi landsdelen et nasjonalt ledende

³ <https://vimeo.com/715146854/665bd13768>

⁴ Fafo-rapport 2019:15 En ny vei mot heltidskultur, Resultater fra forprosjektering i åtte kommuner og en landsdekkende undersøkelse

⁵ Fafo-rapport 2021:01 Heltids- og deltidsansettelser i sykehusene, Om bruk av flerdelte stillinger ved Sykehuset Østfold

⁶ UiT Norges arktiske universitet, Digitale helsetjenester - erfaringsbasert master

utdanningstilbud og bygge kompetanse innen digitale helsetjenester på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Helse Nord satser også på utvikling og god klinisk bruk av kvalitetssikrede og validerte løsninger for kunstig intelligens, med sikte på å forbedre kvaliteten og effektivisere ressursbruken i helsetjenesten⁷.

Årlig satser foretaksgruppen på IKT-løsninger som gir bedre arbeidsflater og mer effektive arbeidsprosesser for både merkantilt og klinisk personell. For 2022/2023 er det blant annet integrasjon mellom arbeidsplan- og pasientplanleggingssystemene, digitalisering av HR-støtte og flere av arbeidsflytene som står på programmet.

2.1.5. Utdanne og beholde helsepersonell der de trengs

Utdanning er avgjørende for å nå målsettingene om økt produktivitet og kapasitet, og for å imøtekomme bemanningsutfordringene. Gjennom et tett samarbeid med utdanningssektoren regulerer vi antallet helsepersonell som utdannes og hvilken kompetanse de sitter igjen med.

Nødvendig kompetanseheving er også viktig for å kunne realisere gevinstene innen oppgavedeling mellom helsepersonell, og for å realisere gevinstene innen teknologi og innovasjon. Her vil endret kompetansebehov, eksempelvis økt digital kompetanse, være nødvendig for å oppnå gevinster. Eksempler på dette er etablering av masterutdanning i digitale helsetjenester på Helgeland og samarbeid med UiT for å få kunstig intelligens inn i helsefaglige utdanninger.

I nord har vi en svært høy utdanningskapasitet. Det betyr at vi bruker relativt mer penger og personellressurser på denne hovedoppgaven, men dette belønnes ikke i finansieringssystemet. Slik bør det ikke være. Helse Nord RHF forutsetter at økninger i antallet studieplasser etterfølges av midler til primær- og spesialisthelsetjenesten for å finansiere klinisk undervisning og praksisstudier, i samsvar med [Husebektutvalgets anbefalinger](#). Dette er spesielt viktig i medisindanningen og ABIJOK-utdanningene som er svært ressurskrevende for helseforetakene.

Når vi utdanner så mange er det for å være selvforsynt. Bare vel halvparten av alle leger utdannet i nord blir værende i nord. Vi ser mye av det samme bildet i spesialistutdanningen. Derfor utdanner vi tre ganger flere leger pr. innbygger sammenlignet med Helse Sør-Øst.

Vi må utdanne helsepersonell der de trengs. Desentraliserte og fleksible utdanningstilbud er et vesentlig tiltak for å sikre nødvendig rekruttering til en langstrakt region preget av småsykehus og distriktskommuner. Dette er et viktig utviklingsområde som vi vil følge opp i dialog med kommunene og våre samarbeidspartnere i utdanningssektoren.

Erfaringene fra eksisterende desentrale modeller viser at det gir bedre rekruttering av leger til hele regionen. Ved å ta i bruk større deler av tjenesten kan også utdanningskapasiteten økes uten å forringe kvaliteten i utdanningen. Utdanning og

⁷ Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025

forskningsoppgaver løfter i tillegg fagmiljøet og kvaliteten på tjenestene, noe som har en rekrutterende effekt. Helgeland er prioritert for utvidelse i Helse Nord.

Regional kompetansetjeneste for digital læring er etablert for å øke kompetansen og kapasitet for å utvikle digital læring i alle foretak i regionen. Det skal genereres flere og bedre digitale læringstilbud til alle målgrupper i Helse Nord, noe som igjen skal gi økt bruk av digital læring. Parallelt med oppnevningen innfører Helse Nord også en ny retningslinje for utvikling av felles digital læring. Den beskriver hvordan kompetansebehov skal fanges opp, analyseres og prioriteres, og hvordan felles digitale læringsressurser finansieres og utvikles. Hensikten er å sikre en styrt og koordinert utviklingsprosess slik at alle målgruppene har god tilgang til digitale læring med høyt læringsutbytte.

2.1.6. Mer aktive pasienter

Helse Nord vil frem mot 2040 innarbeide nye måter å yte tjenester på slik at pasienter og brukere blir langt mer aktiv i behandling og oppfølging av egen helse. Her er det et stort potensial til både økt kvalitet, bedre tilgjengelighet og redusert ressursbruk.

Samvalg skal være normen. Pasientene er da delaktig i beslutningsprosesser for diagnostikk, utredning og behandling. Det forutsetter at pasientene for god informasjon om fordeler, ulemper og risikoer ved ulike alternativer slik at de kan medvirke som likeverdige part.

Tiltak for å styrke helsekompetansen er sentrale i denne sammenhengen. Pasient- og pårørendeopplæring skal være en integrert del av pasientforløpene og bidra til å heve helsekompetansen i befolkningen. Økt helsekompetanse gir økt egenmestring og egenomsorg, bedre kliniske resultater og en mer hensiktsmessig bruk av helsetjenestene.

Pasienter og pårørende skal få tilgang til flere brukerstyrte tjenester, velferdsteknologi og digitale hjelpemiddel for å overvåke egen helse, bringe helsetilbudet hjem og kunne kontakte helsetjenesten ved behov. Digitalisering, stedsuavhengige tjenester og nye arbeidsformer skal gjøre spesialisthelsetjenestetilbudet mer tilgjengelig, og slik at unødvendige reiser unngås.

2.1.7. Og ingen sto igjen - inkluderende og attraktive arbeidsplasser

Vi må sørge for et godt arbeidsmiljø, skape helsefremmende og attraktive arbeidsplasser som bidrar til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er aktuelle innsatsområder:

Ansvar, roller, mestring og oppfølging

Hvilke oppgaver helsepersonell utfører, og ansvaret de får vil kunne ha betydning for i hvilken grad de trives i jobben. Personellet oppgir selv at de gjør en rekke oppgaver de opplever kunne blitt gjort av andre, noe som kan gå utover jobbtilfredsheten. Samtidig opplever flere at ansvaret kan være stort for den enkelte. Høye jobbkrav, kombinert med lav følelse av kontroll, autonomi og påvirkningskraft kan bidra til at flere søker seg til andre yrker.

Følelsen av at man gjør en meningsfull jobb og at man lykkes i jobben er viktig for å beholde flere. Anerkjennelse, både fra kollegaer og samfunnet, vil trolig også bidra til å redusere turnover.

Kompetanseutvikling, karriere- og lønnsmuligheter

Gode muligheter for faglig utvikling er viktig for fagfolk og bidrar til både økt jobbtilfredshet og økt kvalitet. Riksrevisjonene fant i sin undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2020) at enheter som sikrer at de ansatte utvikler og oppdaterer sin kompetanse, arbeider systematisk med uønskede hendelser og der leder har nok tid til å lede, har færre bemanningsutfordringer.

Eksempler på satsninger på dette området i Helse Nord er:

- Utrede virkemidler som bidrar til økt læring i daglig klinisk praksis
- Øke mulighetene for faglig utvikling, erfaringsdeling og læring gjennom fagnettverk
- Sikre faglige utviklingsmuligheter og attraktive karriereveier for alle personellgrupper
- Bidra til økt bruk av simulering og ferdighetstrening både i utdanningene og i internopplæring av ansatte
- Understøtte systematisk hospitering på tvers av foretakene for alle aktuelle personellgrupper
- Legge til rette for økt samhandling mellom helseforetakene om intern kompetanseutvikling

Inkludering og mangfold

Vi har en stor arbeidskraftreserve i form av kapasiteten til helsepersonell som av ulike grunner ikke er i 100 % jobb. Vi jobber med å redusere uønsket fravær og frafall som deltid, for tidlig pensjon og sykefravær gjennom å styrke nærværsfaktorene og planlegge livsløpet for våre medarbeidere. Helseforetakene har konkrete tiltak for inkludering, både i rollen som arbeidsgiver og som tjenesteyter.

Helseforetakene har utarbeidet en felles plan for inkludering med tre modeller: Inkluderende rekruttering, Springbrett (kompetansehevende arbeidstrening) og inkluderingsprogrammet for spesialisthelsetjenesten (traineeordning). Dette bidrar til at flere får muligheten til å kvalifiseres og komme inn i arbeidslivet. Målgruppen er personer med nedsattfunksjonsevne eller hull i CV.

Helse Nord vil fortsette to effektive satsninger for økt arbeidsinkludering og bedre helse. *Helse i arbeid*⁸ er en tjeneste foretakene gir som skal gi rask, tidsavgrenset tilgang til tverrfaglig utredning og vurdering av vanlige muskel-/skjelett- og psykiske plager, i tillegg til arbeidsrettet rådgivning. Gjennom tjenestetilbudet *Individuell jobbstøtte – IPS*⁹, er arbeidsrehabilitering for mennesker med alvorlige psykiske lidelser integrert med behandlingstilbudet som gis fra helsetjenesten. Målsetningen er å finne vanlig lønnet arbeid.

⁸ Se www.helse-nord.no/behandlingssteder/helse-i-arbeid

⁹ Se www.ipsnor.no/

Vedlegg: Tabeller - innleie og turnover

Innleie

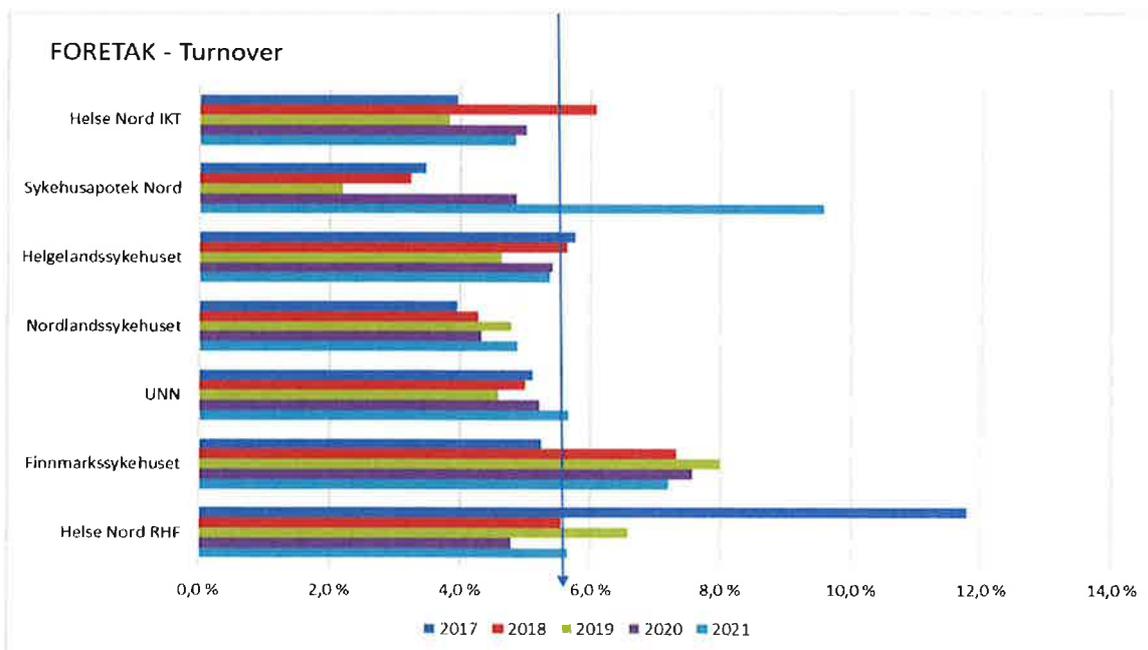
Tabell sykepleiere, andel innleietimer						
	2017	2018	2019	2020	2021	snitt
Finnmarkssykehuset	0,2 %	0,2 %	0,3 %	2,0 %	2,5 %	1,0 %
UNN	1,8 %	2,3 %	1,5 %	1,4 %	2,2 %	1,9 %
Nordlandssykehuset	0,5 %	0,3 %	0,4 %	2,6 %	4,2 %	1,6 %
Helgelandssykehuset	1,1 %	0,8 %	1,1 %	1,7 %	1,9 %	1,3 %
Foretaksgruppen	1,2 %	1,3 %	1,0 %	1,9 %	2,8 %	1,6 %

Tabell 1 Andel innleietimer av samlede arbeidede timer egne ansatte

Tabell leger, andel innleietimer						
	2017	2018	2019	2020	2021	snitt
Finnmarkssykehuset	7,7 %	6,5 %	10,7 %	8,9 %	8,9 %	8,5 %
UNN	1,8 %	1,8 %	1,3 %	1,1 %	0,4 %	1,3 %
Nordlandssykehuset	5,2 %	5,3 %	5,2 %	4,8 %	4,5 %	5,0 %
Helgelandssykehuset	3,8 %	4,9 %	4,2 %	3,9 %	4,6 %	4,3 %
Foretaksgruppen	3,6 %	3,6 %	3,7 %	3,3 %	3,0 %	3,5 %

Tabell 2 Andel innleietimer av samlede arbeidede timer egne ansatte

Turnover



Figur 1 Ekstern turnover per foretak Helse Nord 2017-2021

Enhet aggregert	Stillingsgruppe	Summer av 2017	Summer av 2018	Summer av 2019	Summer av 2020	Summer av 2021
Finmarkssykehuset	1001 - 1a Toppledelse	12,5 %	11,1 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %
	1002 - 1b Mellomledelse	6,2 %	4,3 %	3,0 %	8,5 %	8,5 %
	1003 - 1c Andre ledere	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkanthile stillinger	8,0 %	4,4 %	10,7 %	8,0 %	7,7 %
	1111 - 11a Forskning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1112 - 11b Studenter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2001 - 2a Vernepleier	0,0 %	0,0 %	19,4 %	8,3 %	0,0 %
	2003 - 2c Logoped	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	2004 - 2d Sosionom	4,2 %	23,1 %	16,9 %	4,0 %	0,0 %
	2005 - 2e Pedagog	0,0 %	11,1 %	0,0 %	10,5 %	5,9 %
	2006 - 2f Miljøarbeider	0,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %
	2007 - 2g Audiograf	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2008 - 2h Fysioterapeut	9,1 %	7,7 %	13,8 %	0,0 %	12,1 %
	2009 - 2i Ergoterapeut	0,0 %	0,0 %	9,1 %	14,8 %	8,3 %
	2010 - 2j Miljøterapeut	7,8 %	4,3 %	8,3 %	16,4 %	0,0 %
	2011 - 2k Helsesekretær	7,4 %	7,2 %	5,1 %	9,8 %	9,8 %
	2012 - 2l Andre pasientrettede stillinger	9,4 %	19,1 %	8,3 %	8,5 %	12,9 %
	3001 - 3a Overleger	2,2 %	3,8 %	9,7 %	9,8 %	4,4 %
	3002 - 3b Leger i spesialisering	5,3 %	17,3 %	32,3 %	15,3 %	17,4 %
	3004 - 3d Andre leger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	4001 - 4a Psykologspesialist	4,5 %	8,0 %	7,1 %	19,5 %	16,2 %
	4002 - 4b Psykolog	3,4 %	26,0 %	9,8 %	28,5 %	8,8 %
	4003 - 4c Sjefpsykiolog	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	5001 - 5a6 Andre Spesialsykepleiere	6,6 %	4,3 %	5,8 %	6,7 %	5,3 %
	5002 - 5b Sykepleier	5,8 %	8,9 %	6,6 %	5,3 %	11,1 %
	5003 - 5c Jordmor	7,8 %	0,0 %	3,0 %	6,1 %	5,7 %
	5004 - 5a1 Anestesisykepleier	3,7 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
	5005 - 5a2 Barn/Pediatricsykepleier	0,0 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %
	5006 - 5a3 Intensivsykepleier	3,8 %	3,8 %	4,0 %	3,8 %	5,5 %
	5007 - 5a4 Operasjonssykepleier	0,0 %	3,7 %	10,7 %	0,0 %	3,7 %
	5008 - 5a5 Kreft/onkologisykepleier	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	6001 - 6a Helsefagarbeider/hjelpepleier	10,4 %	5,4 %	11,0 %	7,1 %	1,7 %
	7001 - 7a Bioingeniør	3,8 %	7,0 %	3,2 %	6,7 %	10,1 %
	7003 - 7c Radiograf	0,0 %	9,8 %	0,0 %	4,0 %	7,7 %
	8001 - 8a Farmasøyt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	9001 - 9a Kjøkkenpersonell	4,2 %	45,8 %	6,7 %	0,0 %	4,8 %
	9002 - 9b Teknisk personell	4,5 %	4,5 %	5,0 %	12,5 %	15,3 %
	9003 - 9c Renholdspersonell	4,9 %	7,4 %	12,7 %	9,9 %	2,4 %
	9007 - 9g Annet driftspersonell	0,0 %	0,0 %	0,0 %	24,4 %	0,0 %
	1101 - 10a Ambulansepersonell	2,1 %	2,9 %	3,5 %	3,5 %	2,0 %

Tabell 3 Ekstern turnover 2017-2021 ved Finmarkssykehuset HF

Enhet aggregert	Stillingsgruppe	Summer av 2017	Summer av 2018	Summer av 2019	Summer av 2020	Summer av 2021
UNN	1001 - 1a Toppledelse	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1002 - 1b Mellomledelse	3,7 %	3,0 %	2,9 %	6,3 %	7,9 %
	1003 - 1c Andre ledere	0,0 %	5,6 %	13,8 %	0,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkanthile stillinger	6,8 %	5,2 %	4,4 %	5,6 %	7,9 %
	1005 - 1e Tillitsvalgte og verneombud	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %
	1111 - 11a Forskning	4,0 %	0,0 %	8,8 %	4,8 %	3,1 %
	1112 - 11b Studenter	0,0 %	12,1 %	3,6 %	8,2 %	7,0 %
	2001 - 2a Vernepleier	3,7 %	5,5 %	3,9 %	1,8 %	11,4 %
	2002 - 2b Tannleger	25,0 %	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %
	2003 - 2c Logoped	0,0 %	66,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2004 - 2d Sosionom	15,6 %	11,1 %	6,0 %	6,2 %	0,0 %
	2005 - 2e Pedagog	8,2 %	7,8 %	4,0 %	10,8 %	9,9 %
	2006 - 2f Miljøarbeider	5,6 %	13,3 %	6,3 %	19,2 %	0,0 %
	2007 - 2g Audiograf	0,0 %	23,6 %	39,7 %	12,5 %	20,2 %
	2008 - 2h Fysioterapeut	8,4 %	5,3 %	2,5 %	6,3 %	7,6 %
	2009 - 2i Ergoterapeut	4,1 %	2,0 %	9,2 %	7,7 %	3,4 %
	2010 - 2j Miljøterapeut	10,3 %	6,4 %	3,2 %	2,1 %	4,9 %
	2011 - 2k Helsesekretær	8,3 %	5,6 %	5,0 %	5,6 %	6,2 %
	2012 - 2l Andre pasientrettede stillinger	7,6 %	7,1 %	4,8 %	3,3 %	5,9 %
	3001 - 3a Overleger	2,5 %	2,8 %	3,1 %	3,0 %	2,0 %
	3002 - 3b Leger i spesialisering	1,3 %	5,3 %	5,3 %	4,4 %	2,5 %
	3003 - 3c Turnusleger / LIS 1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	3004 - 3d Andre leger	10,0 %	7,1 %	7,7 %	10,0 %	12,5 %
	4001 - 4a Psykologspesialist	6,7 %	5,5 %	6,6 %	6,5 %	5,2 %
	4002 - 4b Psykolog	9,5 %	9,9 %	9,1 %	9,4 %	11,3 %
	4003 - 4c Sjefpsykiolog	0,0 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %
	5001 - 5a6 Andre Spesialsykepleiere	5,1 %	6,2 %	4,2 %	6,0 %	5,2 %
	5002 - 5b Sykepleier	4,9 %	5,8 %	6,1 %	7,9 %	6,5 %
	5003 - 5c Jordmor	6,8 %	1,4 %	2,6 %	2,6 %	7,5 %
	5004 - 5a1 Anestesisykepleier	5,0 %	0,0 %	2,9 %	2,8 %	4,8 %
	5005 - 5a2 Barn/Pediatricsykepleier	1,6 %	3,3 %	3,6 %	1,7 %	7,3 %
	5006 - 5a3 Intensivsykepleier	2,2 %	4,2 %	3,8 %	2,5 %	3,7 %
	5007 - 5a4 Operasjonssykepleier	3,7 %	2,6 %	2,4 %	1,5 %	1,5 %
	5008 - 5a5 Kreft/onkologisykepleier	6,0 %	6,2 %	1,6 %	4,8 %	3,5 %
	6001 - 6a Helsefagarbeider/hjelpepleier	6,7 %	7,5 %	6,6 %	8,9 %	9,8 %
	7001 - 7a Bioingeniør	4,4 %	3,8 %	3,6 %	5,4 %	3,9 %
	7002 - 7b Laboratoriepersonell	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	7003 - 7c Radiograf	3,0 %	6,0 %	3,0 %	1,0 %	0,9 %
	7004 - 7d Stråleterapeut	4,2 %	4,5 %	0,0 %	4,2 %	8,5 %
	8001 - 8a Farmasøyt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
	9001 - 9a Kjøkkenpersonell	10,1 %	9,3 %	6,0 %	5,0 %	6,9 %
	9002 - 9b Teknisk personell	5,9 %	5,2 %	4,4 %	3,3 %	8,2 %
	9003 - 9c Renholdspersonell	2,9 %	8,4 %	3,8 %	6,3 %	5,3 %
	9007 - 9g Annet driftspersonell	8,7 %	4,4 %	2,4 %	2,3 %	9,0 %
	1101 - 10a Ambulansepersonell	0,4 %	1,8 %	3,2 %	1,9 %	3,5 %

Tabell 4 Ekstern turnover 2017-2021 ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Enhet aggregert	Stillingsgruppe	Summer av 2017	Summer av 2018	Summer av 2019	Summer av 2020	Summer av 2021
- Nordlandssykehuset	1001 - 1a Toppleidelse	5,6 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	11,8 %
	1002 - 1b Mellomledelse	3,8 %	4,1 %	5,6 %	4,4 %	4,0 %
	1003 - 1c Andre ledere	14,3 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkantile stillinger	6,9 %	7,6 %	7,7 %	4,5 %	6,5 %
	1005 - 1e Tillitsvalgte og verneombud	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1111 - 11a Forskning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1112 - 11b Studenter	50,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2001 - 2a Vernepleier	8,9 %	9,3 %	8,3 %	19,5 %	0,0 %
	2002 - 2b Tannleger	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2003 - 2c Logoped	103,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2004 - 2d Sosionom	0,0 %	5,9 %	5,9 %	18,4 %	6,3 %
	2005 - 2e Pedagog	13,5 %	9,8 %	15,8 %	12,5 %	0,0 %
	2006 - 2f Miljøarbeider	0,0 %	0,0 %	23,7 %	14,8 %	0,0 %
	2007 - 2g Audiograf	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2008 - 2h Fysioterapeut	2,9 %	0,0 %	2,8 %	2,9 %	5,5 %
	2009 - 2i Ergoterapeut	0,0 %	0,0 %	6,7 %	13,8 %	0,0 %
	2010 - 2j Miljøterapeut	6,7 %	2,7 %	2,8 %	1,9 %	7,6 %
	2011 - 2k Helsesekretær	3,6 %	5,7 %	4,9 %	3,3 %	4,3 %
	2012 - 2l Andre pasientrettede stillinger	5,9 %	4,3 %	5,3 %	5,2 %	7,6 %
	3001 - 3a Overleger	3,4 %	1,4 %	5,0 %	3,5 %	3,8 %
	3002 - 3b Leger i spesialisering	7,0 %	7,3 %	5,6 %	5,2 %	6,5 %
	3003 - 3c Turnusleger / LIS 1	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	3004 - 3d Andre leger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	4001 - 4a Psykologspesialist	17,0 %	6,3 %	8,8 %	10,5 %	16,6 %
	4002 - 4b Psykolog	2,9 %	4,8 %	6,3 %	7,9 %	3,7 %
	4003 - 4c Sjeffpsykiolog	0,0 %	45,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	5001 - 5a6 Andre Spesialsykepleiere	2,2 %	4,1 %	2,9 %	3,9 %	5,0 %
	5002 - 5b Sykepleier	1,5 %	3,6 %	4,0 %	2,5 %	3,9 %
	5003 - 5c Jordmor	3,6 %	3,4 %	0,0 %	7,0 %	0,0 %
	5004 - 5a1 Anestesisykepleier	0,0 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %
	5005 - 5a2 Barn/Pediatricisykepleier	5,5 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	3,6 %
	5006 - 5a3 Intensivsykepleier	0,0 %	0,9 %	1,9 %	1,8 %	2,8 %
	5007 - 5a4 Operasjonssykepleier	0,0 %	3,8 %	2,0 %	0,0 %	1,9 %
	5008 - 5a5 Kreft/onkologisykepleier	0,0 %	3,3 %	0,0 %	6,8 %	3,0 %
	6001 - 6a Helsefagarbeider/hjelpepleier	3,4 %	3,3 %	9,7 %	4,0 %	4,3 %
	7001 - 7a Bioingeniør	3,9 %	7,5 %	3,6 %	10,2 %	6,1 %
	7002 - 7b Laboratoriepersonell	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	7003 - 7c Radiograf	0,0 %	4,0 %	0,0 %	7,0 %	3,8 %
	7004 - 7d Stråleterapeut	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	9001 - 9a Kjøkkenpersonell	6,3 %	0,0 %	5,6 %	12,5 %	0,0 %
	9002 - 9b Teknisk personell	2,7 %	7,3 %	5,8 %	4,0 %	5,3 %
	9003 - 9c Renholdspersonell	8,9 %	10,2 %	10,4 %	8,1 %	6,5 %
	9007 - 9g Annet driftspersonell	8,2 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	4,9 %
	1101 - 10a Ambulansepersonell	2,8 %	1,4 %	0,7 %	2,0 %	1,9 %

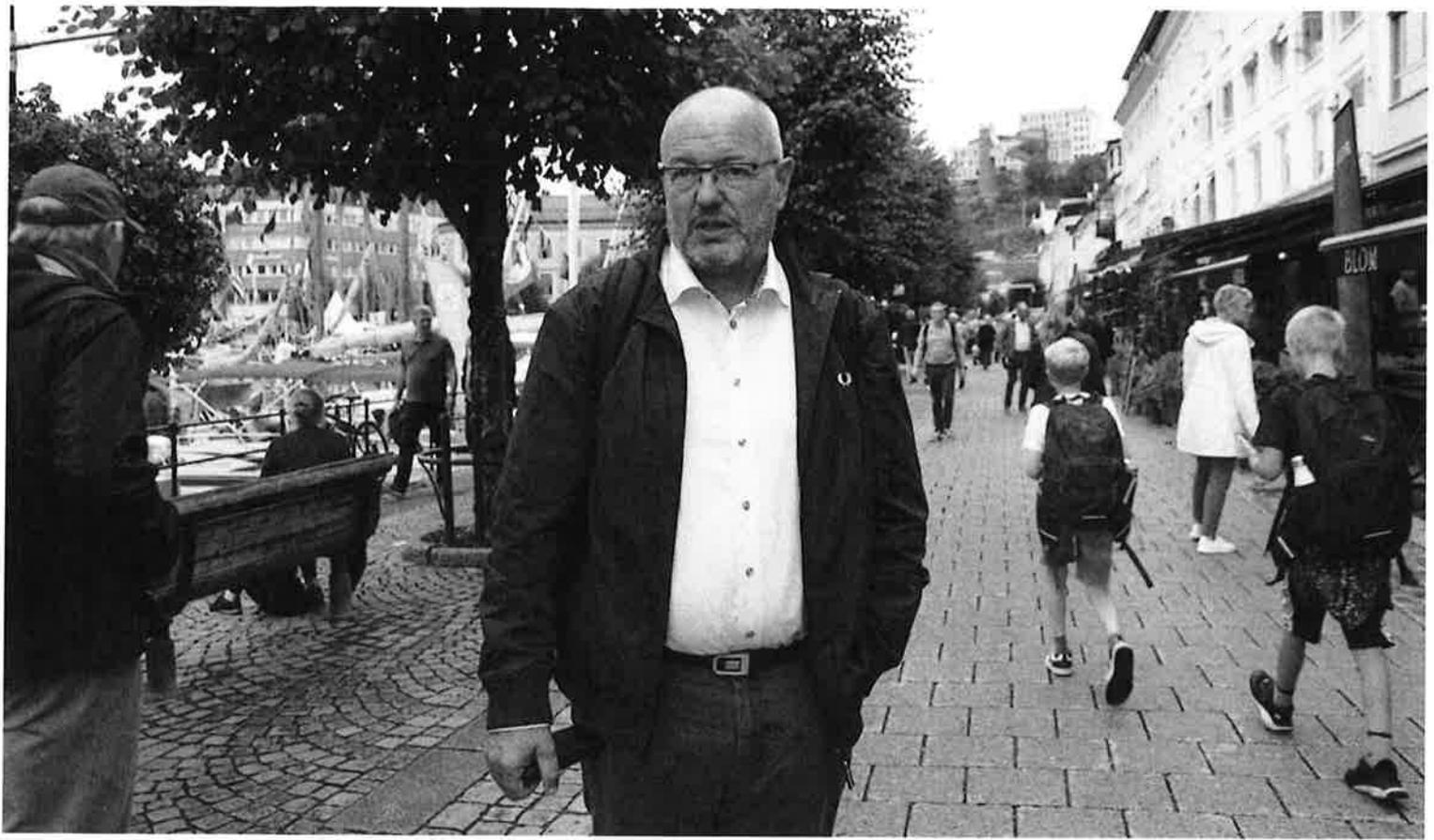
Tabell 5 Ekstern turnover 2017-2021 ved Nordlandssykehuset HF

Enhet aggregert	Stillingsgruppe	Summer av 2017	Summer av 2018	Summer av 2019	Summer av 2020	Summer av 2021
- Helgelandssykehuset	1001 - 1a Toppleidelse	11,1 %	0,0 %	12,5 %	10,0 %	16,7 %
	1002 - 1b Mellomledelse	7,0 %	6,7 %	3,6 %	2,4 %	2,4 %
	1004 - 1d Merkantile stillinger	8,5 %	5,5 %	7,7 %	6,2 %	5,4 %
	1112 - 11b Studenter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %
	2001 - 2a Vernepleier	0,0 %	16,7 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %
	2003 - 2c Logoped	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %
	2004 - 2d Sosionom	28,6 %	12,5 %	6,7 %	8,3 %	9,1 %
	2005 - 2e Pedagog	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	22,5 %
	2006 - 2f Miljøarbeider	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2007 - 2g Audiograf	14,3 %	0,0 %	0,0 %	33,3 %	16,7 %
	2008 - 2h Fysioterapeut	43,6 %	0,0 %	7,7 %	7,1 %	0,0 %
	2009 - 2i Ergoterapeut	11,1 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %
	2010 - 2j Miljøterapeut	2,7 %	2,8 %	8,0 %	2,8 %	8,7 %
	2011 - 2k Helsesekretær	4,4 %	6,8 %	0,0 %	6,3 %	3,8 %
	2012 - 2l Andre pasientrettede stillinger	11,1 %	4,5 %	0,0 %	17,4 %	11,0 %
	3001 - 3a Overleger	7,7 %	11,9 %	4,0 %	4,6 %	1,9 %
	3002 - 3b Leger i spesialisering	11,8 %	30,5 %	18,8 %	18,1 %	19,5 %
	3003 - 3c Turnusleger / LIS 1	0,0 %	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %
	3004 - 3d Andre leger	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	4001 - 4a Psykologspesialist	5,0 %	21,3 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %
	4002 - 4b Psykolog	16,5 %	16,7 %	18,4 %	36,6 %	8,7 %
	5001 - 5a6 Andre Spesialsykepleiere	5,1 %	3,2 %	0,0 %	2,9 %	5,9 %
	5002 - 5b Sykepleier	2,7 %	1,9 %	3,0 %	2,9 %	7,5 %
	5003 - 5c Jordmor	0,0 %	2,8 %	0,0 %	4,8 %	5,2 %
	5004 - 5a1 Anestesisykepleier	6,4 %	0,0 %	6,7 %	3,1 %	0,0 %
	5006 - 5a3 Intensivsykepleier	0,0 %	4,9 %	2,6 %	0,0 %	2,5 %
	5007 - 5a4 Operasjonssykepleier	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,0 %	3,0 %
	5008 - 5a5 Kreft/onkologisykepleier	0,0 %	8,3 %	8,3 %	0,0 %	0,0 %
	6001 - 6a Helsefagarbeider/hjelpepleier	7,3 %	6,4 %	1,6 %	0,0 %	2,9 %
	7001 - 7a Bioingeniør	2,8 %	2,4 %	0,0 %	9,6 %	2,4 %
	7002 - 7b Laboratoriepersonell	0,0 %	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	7003 - 7c Radiograf	12,7 %	8,3 %	17,0 %	4,0 %	4,0 %
	9001 - 9a Kjøkkenpersonell	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	9,3 %
	9002 - 9b Teknisk personell	5,3 %	9,1 %	4,3 %	3,7 %	15,2 %
	9003 - 9c Renholdspersonell	2,3 %	6,9 %	2,0 %	8,2 %	6,3 %
	9007 - 9g Annet driftspersonell	13,9 %	0,0 %	13,8 %	0,0 %	0,0 %
	1101 - 10a Ambulansepersonell	2,4 %	2,0 %	6,1 %	3,8 %	0,0 %

Tabell 6 Ekstern turnover 2017-2021 ved Helgelandssykehuset HF

Enhet aggregert	Stillingsgruppe	Summer av 2017	Summer av 2018	Summer av 2019	Summer av 2020	Summer av 2021
= Helse Nord IKT	1001 - 1a Toppledelse	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1002 - 1b Mellomledelse	0,0 %	6,7 %	0,0 %	5,9 %	4,3 %
	1003 - 1c Andre ledere	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkantile stillinger	4,3 %	5,8 %	4,2 %	5,0 %	5,0 %
	9003 - 9c Renholdspersonell	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
= Helse Nord RHF	1001 - 1a Toppledelse	0,0 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %
	1002 - 1b Mellomledelse	18,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1003 - 1c Andre ledere	58,3 %	0,0 %	50,0 %	100,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkantile stillinger	9,7 %	7,1 %	7,1 %	4,2 %	8,1 %
	1111 - 11a Forskning	16,7 %	25,0 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %
= Sykehusapotek Nord	1001 - 1a Toppledelse	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %
	1002 - 1b Mellomledelse	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1004 - 1d Merkantile stillinger	0,0 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	20,0 %
	1111 - 11a Forskning	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	5002 - 5b Sykepleier	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	8001 - 8a Farmasøyt	2,2 %	3,9 %	3,2 %	6,2 %	6,7 %
	8002 - 8b Apotektekniker	2,1 %	2,0 %	2,0 %	5,8 %	11,0 %
	9007 - 9g Annet driftspersonell	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	45,0 %

Tabell 7 Ekstern turnover 2017-2021 ved Helse Nord IKT HF, Helse Nord RHF og Sykehusapotek Nord HF



PRIK: Leder Gunnar Bovim i Helsepersonellkommissjonen er ikke opptatt av at alle medlemmene i gruppen han leder, skal bli enige om de endelige anbefalingene.

Foto: Julie Kalveland

Helsepersonellkommissjonen Små kommuner vekker stor bekymring

Kommissjonsleder Gunnar Bovim er ikke redd for å hisse på seg noen i arbeidet med å finne løsninger på hvordan vi skal ha nok bemanning i helse- og omsorgssektoren frem mot 2040.

Julie Kalveland

julie.kalveland@dagensmedisin.no

Publisert: 2022-08-28 — 10.00

ARENDAL (Dagens Medisin): Før jul i fjor kom nyheten om at regjeringen hadde nedsatt den varslede Helsepersonellkommisjonen. **Gruppen** fikk i oppgave å vurdere behovet for helsepersonell og kompetanse frem mot 2040.

Mange har hatt store forhåpninger til arbeidet, og det har **ikke manglet på innspill** til kommisjonens arbeid: Både **fagforeninger** og **private aktører** har gitt sine innspill. Flere har også ønsket å delta.

Les mer: Han skal lede Helsepersonellkommisjonen

I Helsedebatten under Arendalsuka kommenterte Gunnar Bovim kommisjonens oppgave som, ifølge lederen selv er å «si det «ingen» vil høre, men som likevel trenger å bli sagt».

– Vi har en god helsetjeneste av høy kvalitet i hele landet, fastslo den erfarne helselederen.

Bovim har innehatt en rekke innflytelsesrike posisjoner oppgjennom årene, blant annet som administrerende direktør i Helse Midt-Norge og St. Olavs hospital. Han er også sittende styreleder ved Oslo universitetssykehus (OUS).

Han mener at elefanten i rommet når man diskuterer helsepolitikk, er fremtidens behov.

– **Vi kommer til å måtte være færre ansatte per pasient. Det er dét vi bør diskutere. 100 prosent av oss kan ikke jobbe i helse- og omsorgstjenesten.**

– Ikke mer penger

Kjerneproblemet ligger i bemanningen i grisgrendte strøk, mener Bovim.

– Det trykker ikke mest i sykehusene. Trykket er størst i kommunene, og mest i de små kommunene. Hvordan kan vi få folk til å flytte dit og bli værende?

Til Dagens Medisin forteller Bovim at inntrykket om at problemene er størst i de små kommunene, blant annet er basert på at kommisjonen har tatt en nærmere kikk på intern flytting i landet.

– Det skjer en netto tilvekst i de store kommunene, og en netto fraflytting fra de små. Fraflyttingen skjer i stor grad når man skal ta sin utdanning.

Trenden er nasjonal, men slår spesielt kraftig ut innen helse på grunn av en aldrende befolkning. Kort fortalt: De unge flytter ut og blir helsefagarbeidere og sykepleiere, men bestemor – som trenger helsehjelpen - blir igjen.

Løsningen er ikke mer penger, mener Bovim.

– Det løses ikke ved å betale seg ut av det. Vi kan godt konkurrere om knapphetsgodet ansatte – men det blir ikke flere ansatte av den grunn.

Aktiv samtale

Gunnar Bovim og andre utvalgsmedlemmer deltok i flere debatter hvor bemanning var et tema under Arendalsuka, som ble avholdt i midten av august. Å delta i debatten før utvalgets rapport er levert, er et aktivt valg, forteller Bovim.

– *Hvorfor har det vært så viktig?*

– Dels får vi inn viktige innspill som jeg tror gjør konklusjonene våre bedre. Ting vi ikke har tenkt på, kommer frem – og uenigheter blir tydelige. Og så er veldig mange opptatt av dette. Når vi konkluderer, er ikke dette løst. Denne prosessen har pågått lenge, og den kommer til å pågå lenge. Vi skal prøve å hjelpe på prosessen litt.

Bovim er heller ikke redd for å gjøre seg upopulær. I vår tok han til orde for å øke statusen til helsefagarbeidere, og sendte samtidig et spark til sykepleierne.

– Da St. Olavs hospital nedbemannet i sin tid, var det mange helsefagarbeidere som forsvant ut. Sykepleierne ønsket å beholde sykepleiere, som de kunne bruke til alle typer oppgaver, **uttalte Bovim til Universitetsavisa.**

Han fikk svar på tiltale fra sykepleierleder Lill Sverresdatter Larsen.

– *Du er ikke så redd for å skape litt debatt?*

– Nei, jeg tror det er helt nødvendig. Og for å skape debatt må sånne som meg spissformulere oss litt, og si det litt ubehagelige som ingen vil si.

Les også: Virksomheter over hele landet sliter med å rekruttere folk – stor mangel på sykepleiere og legespesialister

«Hjelper det?»

Bovim understreker at det er for tidlig til å si noe om hva kommisjonen vil konkludere med. Nå vektlegges det å få en oversikt over «utfordringsbildet», og det er altså i kommunene det er størst press.

– *Når du sier at trykket er størst i kommunene, kan man da se for seg at man bør flytte helsepersonellet dit?*

– Ja, det må vi.

– *Hva betyr dette for sykehusene?*

– Spør du dem som utdanner seg som sykepleier eller lege, vil de helst begynne på sykehus. De trenger ikke dyttehjelp.

– *Hvis legene skal flyttes over til kommunene, tror du dette får følger for sykehusstrukturen? Betyr det for eksempel færre sykehus?*

– Vi må se på ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Men der er det ikke det som Helsepersonellkommisjonen sier, som vil få følger.

Bovim viser til fødeklubben i Kristiansund. Klubben ble åpnet som følge av et politisk vedtak, men nylig stengt igjen på grunn av manglende bemanning. **Tidligere denne uken** besøkte helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol sykehuset.

– Hva er greia? Hva gjør at vi ikke får til dette selv om vi virkelig har prøvd? spør Bovim retorisk.

Før han selv svarer:

har det en konsekvens for strukturen. Det er viktig at det må være høy kvalitet der vi har sykehustilbud og helse- og omsorgstilbud.

– Det er politisk vilje til å gå imot utviklingen, for eksempel i Kristiansund?

– Ja, men da kan du spørre: Hjelper det?



NYTT: – Vi må bort fra å tenke at enkelte profesjoner har monopol på bestemte oppgaver, mener leder Mette Nord i Fagforbundet. Foto: Julie Kalveland

Politisk smørbrødsliste

I intervjuet med Universitetsavisa i vår lettet Bovim litt på sløret om mulige anbefalinger kommisjonen kan komme til å lande på.

Han nevnte både mer desentralisert utdanning for lokke de unge til distriktene. Han mener også at det kan bli aktuelt å gå til det skritt å pålegge helsetjenesten å opprette praksisplasser.

Bovim understreker at ingenting er bestemt når det gjelder anbefalingene, men sier dette om et eventuelt pålegg om flere praksisplasser:

– Hvis vi er få i helsetjenesten og trenger flere, må det ha aller høyeste prioritet å hjelpe til slik at flere blir utdannet.

– Dere er ganske mange medlemmer i kommisjonen. Tror du at dere blir enige?

– Jeg tror vi blir enige om utfordringsbildet, så er jeg ikke så opptatt av at vi skal bli enige om alle tiltaksforslagene. Tiltaksforslagene er ulike veier ut av dilemmaene. Da må vi peke på mange ulike småtiltak – ikke ett.

dem at de hiver av seg hele den bagasjen og mener noe annet.

Mandatet strekker seg helt frem til 2040. Det betyr at det mest sannsynlig også vil skje flere politiske skifter på veien, poengterer Bovim.

– Jeg tror at hvis Bent Høie og Ingvild Kjerkol ble stilt foran 20 forslag, ville de velge ulike forslag.

Bovims håp er at politikerne med regjeringsmakt vil benytte seg av anbefalingene de får fra Helsepersonellkommisjonen.

– Jeg håper de finner forslagene hos oss – uten at det nødvendigvis var enighet i hele kommisjonen om forslagene.

Uenig om pengene

Under Arendalsuka var leder Lill Sverresdatter Larsen i Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Mette Nord i Fagforbundet – som blant annet organiserer helsefagarbeidere – blant dem som deltok i diskusjoner om bemanningsutfordringer innen helse. Begge organisasjonene har også representanter i kommisjonen. Dagens Medisin har forelagt begge helselederne uttalelsene til kommisjonsleder Gunnar Bovim.

Mette Nord sier til Dagens Medisin at hun ikke ønsker å kommentere enkeltsaker, som situasjonen i Kristiansund, men at foreningen kjenner seg godt igjen i helhetsbildet som kommisjonsleder Gunnar Bovim tegner opp når det gjelder bemanningsutfordringene i årene som kommer.

– Vi må bort fra å tenke at enkelte profesjoner har monopol på bestemte oppgaver til å se på hvilke oppgaver som skal løses – og hvem som kan løse dem. Da må vi enten finne noen som har denne kompetansen, eller lære opp dem man har, sier Nord.

– Leger og sykepleiere får ikke gjort jobben sin uten at portører, helsefagarbeidere og andre får gjort sin jobb. Vi må se på samspillet og teamene rundt pasientene for å få gjort jobben på en god måte. Det tror jeg vil skape en god dynamikk som vil skape bedre arbeidsplasser som vil være rekrutterende i seg selv.



Helsedebatten under Arendalsuka. – Bovim tar feil om han tror det ikke er mulig å betale seg ut av den akutte krisen, sier hun til Dagens Medisin. Foto: Lars Brock Nilsen

Bedre oppgavedeling

Sykepleierleder Lill Sverresdatter Larsen mener at det fremover blir enda viktigere å ta kloke valg. Også hennes organisasjon er opptatt av bedre oppgavedeling.

– Vi trenger å jobbe mer i team og bruke kompetansen der det er størst behov. Det er nødvendig med en oversikt over kompetansen vi har, hvilken kompetanse pasienter har behov for, og vi må utdanne yrker som bevarer en sterk offentlig helsetjeneste over hele landet, sier hun.

Larsen deler også oppfatningen om at det er behov for å få til en satsing på distriktene, og hun ønsker seg en økt sykepleierandel i kommunene.

Hun mener at det er viktig å se på hvilke løsninger som kan tas i bruk, som for eksempel bruk av teknologi, men:

– Bovim tar feil om han tror det ikke er mulig å betale seg ut av den akutte krisen. Vi har flere tusen sykepleiere som i dag ikke jobber som sykepleiere, i all hovedsak fordi belastningen er for høy og lønnen er for lav. Selvfølgelig er lønn et virkemiddel for å holde på kompetansen også i vår sektor.

Les også: Rootwelt håper Helsepersonellkommissjonen kan bidra til å løse helgefloken

Vi bruker informasjonskapsler for å forbedre brukeropplevelsen. [Besøk vår informasjonsside](#) for mer detaljer, eller finn lenken i bunnen av NRK.no. X

Stig ☰

KOMMENTAR

Den stille krisa kan ikke fortsette stort lenger

Det samlede presset på helsevesenet går ikke opp. Konsekvensene kan bli fatale.



Protestene var klare da helseminister Ingvild Kjerkol besøkte Helgelandssykehuset Rana i november.

FOTO: FRANK NYGÅRD / NRK

Tone Sofie Aglen Politisk kommentator

Publisert i går kl. 20:58 Oppdatert i går kl. 20:58

I sin årlige tale til sykehusene sa helseminister Ingvild Kjerkol (Ap) at hun skulle ønske hun stod her med løfter om mer penger og bedre tider. I realiteten blir hun en statsråd for dårligere tider – som vi lenge har visst måtte komme.

Det har vært mumlet om lenge, men de store utfordringene har det med å drukne i det vi har på tallerkenen i dag. Sykehusene sliter allerede med en slags late-covid, med betydelige etterslep på pasientbehandling og sykefravær.

Nå opplever de at alt de kjøper inn av medisiner, utstyr, strøm og mat er blitt dyrere uten at dette blir kompensert.

I realiteten kutt, selv om politikerne vegrer seg for å bruke det ordet.

Likevel er helseministerens bakenforliggende budskap at dette bare er en forsmak. For de store spørsmålene i sykehusene vil ikke handle om årets budsjett, men om framtidens «hvem, hva og hvor».

Den klare beskjeden til sykehusene er at de må prioritere. Det er et fint ord, men betyr i praksis at vi må gjøre mindre av noe. Ved hva dette «noe» er, stopper også enigheten.

Hvem skal gjøre hvilke oppgaver i sykehusene?

Hvem skal få helsehjelp?

Hva skal de få hjelp til?

Og hvor skal de få hjelp?

Større behov, færre hender

Virkelighetsbeskrivelsen er det stor enighet om. Mange piler peker i samme retning

- Vi lever lenger, den medisinske utviklingen gjør hyppige framskritt og vi behandler stadig flere sykdommer og tilstander.
- Helsevesenet blir også mer spesialisert. En lege er ikke lenger en lege. Man trenger langt flere ansatte for å utføre de samme oppgavene.
- Den lenge varslede eldrebølgen er her. Vi blir stadig færre yrkesaktive bak hver pensjonist.
- Det blir stadig vanskeligere å rekruttere fagfolk som vil jobbe i helsevesenet. Selv om vi støvsuger nabolandene for sykepleiere og leger som vil ta godt betalte vakter på norske sykehus.
- Selv om et velorganiserte arbeidsliv er et gode, er det ikke lenger slik at en distriktslege eller en ambulansarbeider mer eller mindre er i kontinuerlig beredskap døgnet rundt. Også dette krever langt flere fagfolk på den samme jobben.

Og det er verdt å minne om at dette gjelder ikke bare sykehusene. Også kommuner, sykehjem, ambulansestasjoner og distriktpsikiatriske senter står i det samme.

Den store trusselen mot helsevesenet vårt er rett og slett mangel på folk til å gjøre jobbene.

Les også:

Nå er det ikke lenger vanlige folks tur



Tar symptomene, ikke problemene

Helseministeren har gitt en klar marsjordre til sykehusene om å stramme inn vikarbruken.

Mye av overforbruket i sykehusene er knyttet til overtid og innleie av vikarer. Vikarutgiftene skal ha økt med 62 prosent på tre år. Jo lenger nord, jo større er problemet. I fjor brukte Helse Nord nær en halv milliard på vikarer.

Det blir ikke enklere av at stadig flere helsearbeidere foretrekker å jobbe frilans eller for vikarbyrå heller enn å være fast ansatt på sykehuset.

Det betyr i mange tilfeller både mer inntekt og større fleksibilitet. Stramme turnuser skremmer folk fra å være fast ansatt.

Og det blir neppe enklere hvis de fast ansatte nå skal jobbe mer istedenfor å leie inn vikarer. Her er gode muligheter for en ond sirkel.

Men vikarbyråene, som spesialiserer seg på å rekruttere leger og sykepleiere, er neppe kjernen til problemet. De er et symptom på en kraftig ubalanse når det gjelder behovet for fagfolk i helsevesenet.

Les også:



Helseministeren ber sykehusene kutte ned på vikarer



Møter seg selv i døra

Da de rødgrønne strammet kraftig inn bruken av innleie og vikarbyrå, gjorde de et unntak for helsesektoren. Men når det gjelder private tjenesteleverandører, er tonen en annen.

Mens de går kraftig mot private sykehjem og velferdstjenester, har de ikke har problemer med at private tjener penger på eksempelvis renovasjon, brøyting, kommunale bygg og it-tjenester.

Da er argumentet at helse og velferd er kjerneoppgaver i velferdsstaten. Samtidig kan helsevesenet fritt leie inn fra private vikarbyråer, mens byggeplasser, butikker og andre virksomheter har fått strenge restriksjoner.

Det handler vel mest om at det norske helsevesenet ikke ville gått rundt uten vikarer. Og at man er seg selv nærmest.

Kommisjon med sprengkraft

I mange år har svaret vært at vi må utdanne flere. Likevel ligger Norge på verdenstoppen både når det gjelder tettheten av leger og sykepleiere.

Og det har vært en stor økning av hvor stor andel av alle yrkesaktive som jobber innen helse- og sosialtjenesten. Det virker ikke realistisk at svaret hele tiden skal være at flere må jobbe med helse.

Det som står igjen er om vi må gjøre noe annerledes.

Dersom ikke noe dramatisk skjer med hvordan vi rigger helsevesenet, frykter eksperter at hele systemet bryter sammen. Fortsetter vi å drifte på samme måte, vil det til slutt gå i stå, uttalte den nye sjefen i helse Nord.

Det første spørsmålet er hvordan man bruker helsepersonell. Under pandemien kom det fram at Norge har en høyere andel spesialisert personell enn våre naboland, for eksempel på intensivavdelingene.

En debatt som vil tvinge seg fram er om sykepleiere kan gjøre jobber leger gjør, og om helsefagarbeidere kan gjøre sykepleierjobber.

Det høres på papiret ukomplisert ut, men det har sprengkraft nok til å utløse profesjonskamp og mye motstand.

Et slikt eksempel er at mange helsestasjoner har ansatt jordmødre til å følge opp gravide. Er det riktig bruk av de knappe jordmorressursene?

Mange av disse utfordringene er ventet å bli adressert i Helsepersonellkommissjonen som vil legges fram 2. februar.

Et evig minefelt

Sykehusstruktur er et annet uunngåelig spørsmål, selv om politikerne kvier seg for å gå inn i det minefeltet.

Det er likevel ikke til å komme unna at Norge er et langstrakt, spredtbygd land.

Mange har lang vei til sykehuset, mens man på mange sykehus bruker en uforholdsmessig stor del av tiden og de ansatte på vaktberedskap.

Det oppleves heller ikke så meningsfylt for helsepersonell. De fleste ønsker spennende arbeidsoppgaver sammen med kolleger.

Regjeringa har bedt sykehusene i Nord-Norge vurdere «endring i funksjons- og oppgavedeling». Som i praksis betyr at fagmiljøer og behandlingstilbud skal samles på færre steder.

Det betyr ikke nødvendigvis at alt skal sentraliseres, men alle kan ikke holde på med alt. Og for pasientene betyr det at man må reise lengre for å få hjelp.

Det tredje som vil tvinge seg fram, er en debatt om hva vi skal slutte med.

Kjerkol ber eksempelvis om å redusere bruken av laboratorie- og røntgen. Som mange etterspør fordi vi vil finne ut hva som/om noe feiler oss.

Og jo mer vi testes og gjennomlyses, jo mer finner man som kan repareres.

Lite drahjelp

I mange år har man etterlyst en prioriteringsdebatt i helsevesenet, men den havarerer alltid. For hvem vil frivillig ha mindre helsehjelp?

Like sikkert som at debatten om hva vi skal gjøre mindre av, er det at Kjerkol og regjeringa får lite drahjelp.

Frp kaller sykehustalen «et slag i ansiktet til pasienter i helsekø», mens SV bruker ord som «galskap». Høyre er bekymret for pasientene, Rødt er bekymret for de ansatte, mens KrF er bekymret for alt og alle.

Les også:

Kaller Kjerkols sykehustale et slag i ansiktet til pasienter i helsekø



Høyre følte sikkert ikke heller at de fikk særlig drahjelp av Kjerkol og hennes partifelles da de styrte helsepolitikken.

Den helsepolitiske debatten har lenge vært opposisjonens domene. Legg til alle fagforeningene, pasientorganisasjonene og ordførerne som snakker sin sak.

Slikt blir det ikke mye prioriteringer av. Men nå kommer debatten.

Om politikerne vil eller ikke.



Hva mener partiene om temaer som er viktig for deg?



Publisert i går kl. 20:58 Oppdatert i går kl. 20:58

Opphavsrett NRK © 2023

Ansvarlig redaktør: Vibeke Først Haugen

Nettsjef: Hildegunn Soldal



Regjeringa.no

Avkommersialiseringsutvalet

Styre/råd/utval | Kommunal- og distriktsdepartementet

(<http://www.regjeringen.no/no/dep/kdd/id504/>)

Utvalet skal levere utgreiinga si i form av ein NOU til Kommunal- og distriktsdepartementet innan 20. juni 2024. Tor Saglie, tidlegare departementsråd i Justisdepartementet, leier utvalet.

Utvalet skal i tillegg levere ein delrapport med framlegg om juridisk definisjon av ideelle verksemdar.

Mandat

[Mandat for avkommersialiseringsutvalget \(PDF\)](#)

(<http://www.regjeringen.no/contentassets/059d628d54004085b06c724616699c10/mandat-for-utvalg-som-skal-utrede-hvordan-kommersiell-drift-kan-utfases-i-ulike-skattefinansierte-velferdstjenester.pdf>).

Nettstad

Nettstaden til Avkommersialiseringsutvalet:

<https://avkommersialiseringsutvalget.no/> (<https://avkommersialiseringsutvalget.no/>)

Medlemmer

Utvalet har 13 medlemmer med ein variert fag og erfaringsbakgrunn:

- Tor Saglie (utvalsleiar), tidlegare departementsråd i Justisdepartementet og NAV-direktør
- Eli Blakstad, direktør for helse, sosial, barnehage, opplæring, barnevern og familie, Statsforvaltaren i Innlandet

- Gøril Bjerkan, økonom og jurist (PhD), rådgjevar samfunnspolitisk avdeling i LO
- Hogne Eidissen, kommunedirektør i Senja kommune
- Ingunn Tollisen Ellingsen, professor ved det samfunnsvitenskapelige fakultet i Stavanger, leiar av nettverk for velferdsforskning
- Ragnhild Finden, styreleiar og eigar av Kausvol gardsbarnehage AS og nestleiar i Private barnehagers Landsforbund.
- Linn Herning, dagleg leiar i alliansen For velferdsstaten
- Benjamin Endre Larsen, HR-direktør ved Diakonhjemmet Omsorg AS
- Marie Nygren, jurist og spesialrådgjevar i Oslo kommune i Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggjartenester
- Karl Henrik Sivesind, Dr.polit. i sosiologi, forskar 1 ved Institutt for samfunnsforskning
- Marta Szebehely, professor emeritus i sosialt arbeid, Stockholms universitet
- Arve Varden, administrerende direktør i Helse Førde, tidligere kommunedirektør i Høyanger
- Nils-Ola Widme, jurist, næringspolitisk direktør i NHO.

Kommunal- og distriktsdepartementet

TEMA

Helse og omsorg

Kommuneøkonomi

Utdanning

RELATERT

- Utval skal gjennomgå kommersiell drift av velferdstenester (<http://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utval-skal-gjennomga-kommersiell-drift-av-velferdstenester/id2924128/>)



Regjeringa.no

Ansvarlig for [Kommunal- og distriktsdepartementets sider](#):

Ansvarlig redaktør: [Kjersti Bjørge](#)

Nettredaktør: [Henrik Enevold](#)

[Personvernerklæring for Kommunal- og distriktsdepartementet](#)

Tlf. + 47 22 24 90 90

E-post: postmottak@kdd.dep.no

Ansatte i KDD: [Depkatalog](#)

Organisasjonsnummer: 972 417 858

Mandat for utvalg som skal utrede hvordan kommersiell drift kan utfases i ulike skattefinansierte velferdstjenester

1. Bakgrunn

De offentlige velferdstjenestene i Norge er bygget opp med skattefinansiering og folkevalgt kontroll for å gi befolkningen lik tilgang til et godt tilbud av grunnleggende tjenester innen helse, utdanning og omsorg. I dag styres deler av det offentlige velferdstilbudet gjennom ulike markedsmodeller som åpner for kommersielle eierformer. Legitimiteten til den norske velferdsmodellen hviler på at skattepengene kommer fellesskapet til gode i form av gode velferdsytelser til innbyggerne, og ikke ender opp hos kommersielle aktører.

Størstedelen av ansvaret for velferdstjenestene er lagt til kommunene, men med viktige unntak: De offentlige sykehusene er organisert i regionale helseforetak med staten som eier, mens deler av barnevernet, arbeidsmarkedstiltakene og asylmottakene er lagt til statlige forvaltningsorganer. Disse organene skal sørge for at innbyggerne får tjenester, men har stor frihet til å velge mellom å levere tjenestene selv eller å benytte private leverandører. I dag leveres 80 prosent av tjenestene i offentlig egenregi. Den siste femdelen leveres av private basert på avtaler eller tilsagn om tilskudd, der det offentlige ønsker at en målgruppe skal få en tjeneste og den private aktøren tilbyr denne mot betaling. Det kan her skilles mellom anbudsbaserte og forhåndsgodkjente tiltak.

I dag finnes det ikke en enhetlig rettslig definisjon av hva som utgjør en «ideell» aktør. Ulike regelverk, som anskaffelsesforskriften, skatteloven, merverdiavgiftsloven og lov om register for frivillig virksomhet, har bestemmelser med relevans for ideell virksomhet, uten at det foreligger en nasjonal definisjon av hva en ideell aktør i velferdssektoren skal være. Betegnelsen ideelle viser som regel til *ideelle organisasjoner* som kjennetegnes ved at de har et sosialt formål og ikke betaler utbytte til eventuelle eiere. En slik forståelse av ideell forutsetter et sosialt formål, gjerne forstått som et formål utover velferdstilbudet den ideelle aktøren leverer. Det finnes i dag ingen juridisk definisjon eller annen avgrensning av ideell drift som stiller som vilkår at offentlig tilskudd utelukkende skal brukes på velferdstilbudet det er bevilget til. Både velferdstjenesteutvalget og Storberget-utvalget foreslo at det skulle opprettes et nasjonalt register over ideelle aktører.

Bruk av et bredt spekter av ulike private leverandører - både ideelle og små og store kommersielle - foregår eksempelvis innen barnevernet, på asylområdet, for barnehager og private skoler, og på sykehjem. Andelen private aktører varierer sterkt mellom de ulike tjenestene, fra å være høyest for arbeidsmarkedstiltak og barnehager, til lavest for grunnskole og i omsorgstjenestene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. Det har de senere år vært en sterk vekst i den kommersielle delen av det private markedet for velferdstjenester, og særlig store kommersielle konsern har økt sin betydning. I henhold til velferdstjenesteutvalget har det skjedd en forskyvning fra mindre norske foretak til større norskeide konsern og noen helt eller delvis utenlandske eide konsern. Det gjelder i spesielt stor grad barnevern og i helse- og omsorgssektoren.¹

¹ NOU 2020:13 Private aktører i velferdsstaten.

2. Formålet med utredningen

Formålet med utvalget er å utrede hvordan kommersiell drift kan utfases i ulike skattefinansierte velferdstjenester, og legge fram en egen nullprofittmodell for hver slik sektor. Utvalget skal også foreslå en juridisk definisjon for ideelle driftsformer.

Utvalget se på hvordan utfasing av kommersiell drift kan gjennomføres innen de ulike tjenesteområdene ved å peke på alternative løsninger, og redegjøre for fordeler og ulemper av en slik omlegging, herunder samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det forutsettes at utvalget gjennomfører en bred analyse som omfatter konsekvenser for statlige og kommunale myndigheter som har et lovpålagt ansvar for tjenestene, for innbyggerne og brukerne av tjenestene, og for ideelle og kommersielle aktører som i dag gjennom tilskudd eller kontraktsbeløp leverer tjenester på oppdrag av det offentlige. Utvalget skal også utrede hvordan små private aktører som ønsker å fortsette å drive et velferdstilbud kan ivaretas i de ulike modellene, eksempelvis gjennom overgang til en ideell driftsform

I anmodningsvedtaket som ligger til grunn for oppnevningen av utvalget bes utvalget foreslå en juridisk definisjon av ideelle driftsformer i skattefinansierte velferdstjenester. En avklart definisjon av hva som utgjør en ideell aktør i denne sammenheng vil kunne være viktig ut fra flere ulike hensyn. En slik definisjon vil bl.a. også kunne være et viktig grunnlag for utvalgets videre arbeid med å utarbeide en nullprofittmodell for hver sektor og alternativer til kommersiell drift i ulike skattefinansierte velferdstjenester. Utvalget skal derfor levere en egen delutredning som definerer vilkårene for ideell virksomhet og som fremmer forslag til en juridisk definisjon av ideelle driftsformer. Delutredningen skal også vise hvordan ideelle aktører kan registreres, eksempelvis etter en modell lik Frivillighetsregisteret.

Utvalget bes utrede en nullprofittmodell for hver sektor, som et av alternativene for fremtidig organisering av den aktuelle sektor. I dag er det kun stiftelse som er en forpliktende ideell organisasjonsform for aktører som leverer skattefinansierte velferdstjenester. Utvalget bes utrede organisasjonsformer som legger godt til rette for ideell drift i hver sektor med utgangspunkt i utvalgets definisjon av ideell drift. Utvalget skal hente inn eksempler fra andre europeiske land på organisasjonsformer/driftsformer eller annen type organisering/krav som forplikter private aktører som leverer offentlig finansierte velferdstjenester til ideell drift. Utvalget bes videre hente inn eksempler fra andre europeiske land på organisasjonsformer/driftsformer der man har funnet gode modeller for å ivareta små, private aktører, samtidig som man sørger for at drift av offentlig finansierte velferdstjenester ikke er attraktivt for kommersielle konsern og at man gradvis faser ut kommersielle aktører innenfor sektorer som eksempelvis barnevern.

3. Rammene for og problemstillinger i utvalgsarbeidet

En eventuell utfasing av kommersielle aktører i ulike velferdstjenester kan eksempelvis skje med utgangspunkt i følgende tre hovedalternativer. De to første har begge null-profit som premiss, mens den tredje åpner for fortsatt kommersiell drift, men sterkere regulering av disponering av overskudd blant kommersielle aktører. Utvalget skal drøfte muligheter for og konsekvenser av utfasing av kommersiell drift i lys av disse alternativene, evt. gjennom andre

løsninger som utvalget vil foreslå. Aktuelle driftsmodeller innenfor hver av disse hovedmodellene skal beskrives og drøftes.

1) Offentlig egenregi: Alternativet innebærer at driften av de aktuelle tjenestene som i dag skjer i regi av kommersielle aktører, fullt ut skjer i offentlig egenregi, dvs. i regi av de statlige organer og kommunene som er ansvarlig myndighet for tjenestene. Oppgaveløsningen kan gjennomføres som en del av de aktuelle virksomhetenes egen organisasjon, eller den kan settes ut i samarbeids- eller foretaksformer som de offentlige organene utøver kontroll over (evt. kontroll gjennom utvidet egenregi). En rendyrket variant av dette alternativet forutsetter et forbud mot å anbudsette utførelsen av tjenestene, eller tildele tilskudd til private aktører for å utføre slike tjenester.

2) Ideell drift: Dette alternativet innebærer at private leveranser av velferdstjenester utelukkende forbeholdes ideelle organisasjoner, jf. reservasjonsadgangen i anskaffelsesforskriften i dag. En slik strategi forutsetter en juridisk avklaring av ideelle driftsformer, jf. utvalgets oppdrag om dette, og drøfting av hvilke organisasjonsformer som kan være aktuelle for slik drift. Utvalget skal vise hvordan handlingsrommet er for at anbudsprosesser kan erstattes av for eksempel tilsagn gjennom tilskudd eller lukkede runder for ideelle aktører.

Utvalget skal også beskrive hvordan alternativene i punkt 1 og 2 kan fungere sammen, for eksempel at kjernekapasiteten i en sektor er offentlig, supplert av langsiktige samarbeid med ideelle aktører.

I tillegg til oppfølgingen av Stortingets vedtak, ønsker regjeringen at utvalget skal utrede følgende:

3) Sterkere regulering av kommersielle aktører: Det siste alternativet tar utgangspunkt i at det fortsatt vil kunne være innslag av kommersielle aktører på noen områder, men at virksomheten reguleres i sterkere grad for å hindre at offentlige midler lekker ut i uintenderte høye fortjenestenivåer, og sikre offentlig innsyn og kontroll. Det kan eksempelvis gjelde krav om at virksomheten skal drives i et selvstendig rettssubjekt, forbud mot å drive annen virksomhet i samme rettssubjekt, begrensninger i muligheten for å ta ut utbytte eller krav om at andeler av overskuddet skal reinvesteres i virksomheten, begrensninger mot å ta ut gevinst ved salg av virksomheten, krav om åpenhet om økonomi, eierskap og driftsavtaler og/eller tydeligere krav til ansattes kompetanse og deres lønns-, arbeids- og pensjonsvilkår.

Utvalget skal vurdere alternative nullprofittsmodeller (1-2) og sterkere regulering av kommersiell drift (3) for velferdstjenester som staten eller kommunesektoren har en lovpålagt plikt til å tilby, og hvor det offentlige gjennom anbud eller tilskudd i dag benytter private aktører. Utvalget skal særlig se på:

- barnehager
- skoler (grunnskoler og videregående skoler)
- barnevern
- eldreomsorg (både i institusjon og hjemmebaserte tjenester)

- spesialisthelsetjenester blant annet innen: rus, psykiatri, habilitering, rehabilitering, kirurgi
- asyl- og flyktningmottak
- arbeidsmarkedstiltak

Utvalget skal ta stilling til om ulikheter i de ulike tjenestenes karakter og behov forutsetter en differensiering i krav og regelverk, eller om dette skal være likt for alle private aktører i skattefinansierte velferdstjenester.

Utvalget skal gjennomføre utredningsarbeidet i samsvar med utredningsinstruksen. Det innebærer bl.a. at utvalget skal drøfte hvilke prinsipielle spørsmål og egenskaper som tiltakene reiser og forventede virkninger av tiltakene skal utredes og vurderes. Utvalget skal særlig vurdere fordeler og ulemper ved alternativ organisering av velferdstjenestene som i dag tilbys kommersielt i lys av følgende hensyn:

- Politisk styrbarhet og demokratisk legitimitet
- Rettssikkerhetshensyn
- Beredskapshensyn
- Kostnads- og formåleffektivitet i oppgaveløsningen, samlet sett og for den enkelte tjeneste inkludert styringskostnader

I vurderingen av alternative tiltak og modeller skal utvalget særlig vurdere:

- Virkninger for brukerne, herunder kvalitet, mangfold og valgfrihet i tjenestetilbudet
- Virkninger for ansatte i tjenestene, herunder lønns-, pensjons- og arbeidsvilkår
- Omstillingskostnader i form av kompetanse- og ressursoppbygning
- Konsekvenser for investerings- og driftskostnader, innovasjon og tjenesteutvikling
- Konsekvenser for lov- og regelverk herunder EØS-rettslige rammer, reglene om offentlig støtte og reglene om offentlige anskaffelser.

Det er naturlig at dagens situasjon - nullalternativet - vil utgjøre sammenligningsgrunnlag for utvalgets vurdering av momentene over. Utvalget skal i tillegg vurdere konsekvenser for rammestyringen av kommunene, og for kommunenes frihet til å organisere tjenestetilbudet ut fra lokale forutsetninger og behov.. Utvalget skal vurdere dette forholdet ut fra ulike forutsetninger når det gjelder kommunenes geografiske beliggenhet og innbyggertall.

4. Gjennomføring

Utvalget oppnevnes som et offentlig utvalg med representanter som utgjør en bred faglig ekspertise på og erfaring fra de ulike fag- og sektorområdene som berøres av utredningen. Utvalgets utredning skal offentliggjøres i skriftserien for Norges offentlige utredninger (NOU)

Til å følge og gi innspill til utvalget, oppnevnes det en referansegruppe med representasjon fra berørte interessegrupper.

Utvalget vil få et eget sekretariat med ansettelse i Kommunal- og distriktsdepartementet. I tillegg forutsettes det at berørte departementer avsetter ressurser til nødvendig bistand til sekretariatsarbeidet for sine fagområder. Utvalget skal hente inn ny kunnskap på felt der det ikke foreligger ny og oppdatert kunnskap. Ellers skal utredningen baseres på relevante nylig avleverte og pågående offentlige utredninger, stortingsmeldinger og planer m.m. Det bør også tidlig avklares om det er aktuelle problemstillinger som allerede er dekket av andre utvalg. Dette gjelder særlig Velferdstjenesteutvalgets utredning *NOU 2020:13 Private aktører i velferdsstaten*.

Departementet kan supplere og endre mandatet ved behov, for eksempel som følge av eventuelle endringer i relevant lovgivning.

Utvalget skal levere delutredningen med forslag om juridisk definisjon av ideell virksomhet innen juni 2023. Utvalget skal levere sin sluttrapport i form av en NOU til Kommunal- og distriktsdepartementet innen 1. juni 2024.